Facultad de Información y Comunicación

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA URUGUAY

# Una perspectiva comunicacional sobre la difusión de prácticas de prevención y detección precoz del cáncer de mama en Uruguay. Estudio de caso: Prevenir vale más (2016)

Autoras: Lucia Correa | 4.699.432-2 y Camila Olivera | 4.675.361-7

Trabajo de Grado | Licenciatura en Comunicación

**Tutor: Dr. Mauricio Nihil Olivera**

**Facultad de Información y Comunicación - Universidad de la República**

**Montevideo, 25 de noviembre de 2020**

ÍNDICE:

**Resumen**…… 3
**Introducción**……..……....4
1. **Justificación**……...5
1.1 Cáncer, una problemática sanitaria……5
1.2 Cáncer de mama en América Latina ……...7
1.3 Cáncer de mama en Uruguay ……8
1.3.1 Factores de riesgo del cáncer de mama……...9
1.3.2 Detección precoz del cáncer de mama……11
2. **Objetivos de la investigación**……..13
2.1 Objetivo general ……13
2.2 Objetivos específicos ……13
3. **Antecedentes**……...…....14
3.1 Investigaciones realizadas en Uruguay respecto a campañas estatales sobre cáncer de mama……...14
3.2 Investigaciones en el exterior respecto a campañas estatales sobre cáncer de mama……....14
4. **Marco Teórico**……..16
4.1 Políticas públicas: objetivo y alcance……16
4.1.1 Políticas públicas en salud en Uruguay……16
4.1.2 La lucha contra el cáncer de mama como política pública en Uruguay……..17
4.2 Lineamientos estratégicos para la comunicación eficaz según la OMS……19
4.2.1 Comunicación en salud……22
4.3. Antecedentes de la publicidad social……..23
4.3.1 Publicidad social: concepto y alcance……..25
4.3.2 ¿En qué difiere la publicidad social de la publicidad comercial?.....26
4.4 Comunicación para el cambio social…….....27
5. **Metodología**……....30
5.1 Entrevistas en profundidad……..31
5.2 Documentación……...…32
5.3 Análisis de Contenido……33
6. **Análisis**……..……..36
6.1 La Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer como Política Pública en Salud...……36
6.2 La prevención como mensaje publicitario…….....42
6.3 Estrategia comunicacional en la publicidad social……..……....47
6.3.1 La prevención como lema…….....47
6.3.2 Perfil del público objetivo……...49
6.3.3 Estrategia aplicada en medios……..50
7. **Conclusiones**……...54
8. **Referencias**…….....58

**9. Anexos**…….....62
9.1 Derecho a la salud: perspectiva nacional e internacional……...63
9.2 Encuesta exploratoria cáncer de mama en Uruguay……66
9.3 Entrevista a María Fernanda Ariceta……..70
9.4 Entrevista a Milena Guillot……...74
9.5.1 Entrevista a Bibiana Sologaistoa……78
9.5.2 Entrevista a Bibiana Sologaistoa……84
9.6 Entrevista Luis Ubillos……..92
9.7 Entrevista a Álvaro Vázquez……...101

**Una perspectiva comunicacional sobre la difusión de prácticas de prevención y detección precoz del cáncer de mama en Uruguay.**
**Estudio de caso: Prevenir vale más (2016)**

**Resumen:**

Esta investigación analiza si la estrategia de comunicación de la Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer contribuye a fortalecer o no el grado de efectividad del mensaje en la prevención y el diagnóstico temprano de dicha enfermedad, considerando como caso de estudio la pieza audiovisual “Prevenir vale más”, insumo perteneciente a la campaña social de alcance nacional *La vida está ganando* desarrollada en 2016. El presente trabajo de grado es exploratorio y la metodología se sostiene mediante técnicas cualitativas tales como entrevistas en profundidad, análisis de fuentes primarias y secundarias de información, así como análisis de contenido. Se concluye que la pieza audiovisual no contribuye a fortalecer las prácticas de prevención y detección precoz del cáncer de mama en Uruguay, debido a que promueve un mensaje impreciso basado únicamente en la detección precoz sin contemplar los principios del paradigma de la comunicación para el cambio social.

**Palabras claves:** Publicidad social, estrategia comunicacional, comunicación para el cambio social, campaña Prevenir vale más

## Introducción

A partir de analizar la pieza audiovisual “Prevenir vale más”- disponible para su visualización en el enlace https://youtu.be/gUqF6ArLLVk -, el desarrollo de esta tesis de licenciatura se propone evaluar el grado de efectividad del mensaje referido a la prevención y detección temprana del cáncer de mama.

“Prevenir vale más” forma parte de la campaña *La vida está ganando*, publicitada en el año 2016 por la Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer, una organización paraestatal creada por ley nacional que, entre otras obligaciones, promueve, coordina y desarrolla planes y programas vinculados a la prevención de distintos tipos de cánceres.

Las estadísticas de diversos entes supranacionales y locales muestran que el cáncer de mama es un flagelo mundial. Particularmente, en Uruguay es uno de los más frecuentes: “Unas 1.800 [mujeres] son diagnosticadas por año y 600 fallecen”, según declaraciones de la doctora Lucía Delgado, directora del Programa Nacional de Control del Cáncer del Ministerio de Salud Pública. Y si bien la tendencia de mortalidad va descendiendo, Delgado remarca que “depende de manera directa de la detección precoz”. (OPS, Uruguay, 2020)

A través de experiencias cercanas, relacionadas al ámbito familiar, hemos observado que existe una escasa comunicación de las etapas primarias de la enfermedad, correspondientes a la prevención y la detección temprana.
Tal situación conlleva una tasa elevada de incidencia y mortalidad, por lo que profesionales de la salud coinciden en que la realización de tareas de concientización y prevención pueden resultar favorables para una disminución de la incidencia y mortalidad de la enfermedad. Por esta razón, como mujeres y futuras profesionales de la comunicación, consideramos que este trabajo de grado puede considerarse un antecedente valioso en la investigación de la comunicación para el cambio social aplicada a la problemática del cáncer de mama en nuestro país.

El trabajo cuenta con 9 apartados. El referido a la justificación, introduce al lector en la problemática epidemiológica del cáncer con énfasis en el cáncer de mama. El

segundo, presenta el objetivo general y los objetivos específicos desarrollados a lo largo de la investigación. El tercero contiene los antecedentes de estudio a nivel nacional e internacional respecto de campañas de comunicación realizadas en torno al cáncer de mama. El cuarto apartado contiene el enfoque teórico que sustentó la tesis (las políticas públicas, la comunicación en salud, las estrategias de comunicación de la OMS, las diferencias entre la publicidad comercial y la publicidad social y la corriente denominada Comunicación para el Cambio Social relacionada a campañas de comunicación en salud). El quinto apartado se aboca a lo metodológico: entrevistas en profundidad a expertos en los campos de la Medicina y la Comunicación a efectos de llegar a resultados de naturaleza cualitativa.

El sexto apartado es el sustantivo, pues allí se analiza el rol comunicativo de la Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer y la pieza audiovisual de la campaña *La vida está ganando* para evaluar la efectividad del mensaje. Finalmente, se llega al apartado de las Conclusiones, al listado de Referencias y un Anexo con la transcripción de las entrevistas y una encuesta.

## 1. Justificación

### 1.1. Cáncer, una problemática sanitaria

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la palabra “cáncer” es un término genérico que designa a un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar cualquier parte del organismo. Frecuentemente, el cáncer está relacionado con tumores de carácter maligno y con neoplasias malignas[1]. Esta patología se caracteriza por la multiplicación rápida de células anormales que, al extenderse e invadir zonas adyacentes y órganos, producen metástasis.

A nivel global, en 2015, se registraron 8,8 millones de defunciones a causa de distintos tipos de cánceres. Alrededor del 70% se registra en países de ingresos medios y bajos.

Cuadro N°1. Índice de defunciones según tipo de cáncer

| Tipo de Cáncer | Índice de defunciones* |
|---|---|
| Pulmonar | 1,69 millones |
| Hepático | 788.000 |
| Colorrectal | 774.000 |
| Gástrico | 754.000 |
| Mamario | 571.000 |

Fuente: Elaboración propia. Datos aportados por la OMS, cifras registradas en 2015.

Sin embargo, únicamente el 26% de los países de ingresos bajos constataron que la sanidad pública contaba con recursos para atender a la población en general. Por tanto, según la OMS se evidencia una brecha desigual en cuanto al acceso de tratamientos oncológicos entre los países de diferentes niveles de desarrollo. Dicha organización estima que más de un 90% de los países de ingresos altos ofrecen

[1] El término alude a enfermedades en las que hay células anormales que se multiplican sin control invadiendo tejidos y órganos cercanos.

tratamiento a su población, mientras que en los países de ingresos bajos este porcentaje es inferior al 30%.

### 1.2 Cáncer de mama en América Latina

De acuerdo a la OMS, en América Latina y el Caribe, el cáncer de mama tiene una incidencia de 47,2 por 100.000 mujeres. El Organismo indica un incremento en los países desarrollados, los cuales sextuplican los valores de los países en vías de desarrollo.

La mamografía es el único método eficaz de tamizaje [2]. Con una cobertura del 70%, podría reducir la mortalidad por cáncer de mama hasta un 30% en los países de altos ingresos. Pero, pese al continuo incremento de la tasa de incidencia y mortalidad, aún la enfermedad no es considerada un problema de salud pública prioritario en América Latina, pues existe gran desigualdad en el desarrollo de acciones de prevención y control, tal como se detalla en los párrafos siguientes.

De acuerdo a Toquica, Cuéllar y Chávez (2015, pp. 229-237), en Argentina, los programas de prevención y control del cáncer de mama realizan tamizaje oportuno a través del uso de mamógrafos móviles en seis provincias del país: Catamarca, Córdoba, La Pampa, La Rioja, San Juan y Tucumán. La promoción y difusión de la realización de mamografías se hace con la entrega de material informativo, la implementación de talleres en instituciones comunitarias y el uso de medios de comunicación, principalmente radios y medios gráficos locales. Durante el mes de octubre, las tareas de promoción se incrementan por ser el “Mes de Lucha Contra el Cáncer de Mama”. Se intervienen los espacios públicos, se realizan actividades sociales y talleres comunitarios. En la provincia de Santa Fe, se alumbran fuentes y se dictan charlas en lugares públicos; en la provincia de Misiones, se realizan caminatas; en la ciudad de Mendoza, desde el año 2000, se iluminan edificios públicos y se colocan afiches. Mayormente, las actividades se llevan a cabo en forma conjunta con organizaciones no gubernamentales que trabajan en prevención del cáncer de mama en cada provincia.

[2] El tamizaje es una prueba de detección temprana de afecciones por cáncer.

En contraposición, los autores afirman que Colombia no posee un programa gubernamental para el abordaje de la enfermedad. Tampoco cuenta con un programa de tamizaje, por lo que las campañas de detección precoz se enfocan únicamente en la promoción del autoexamen.

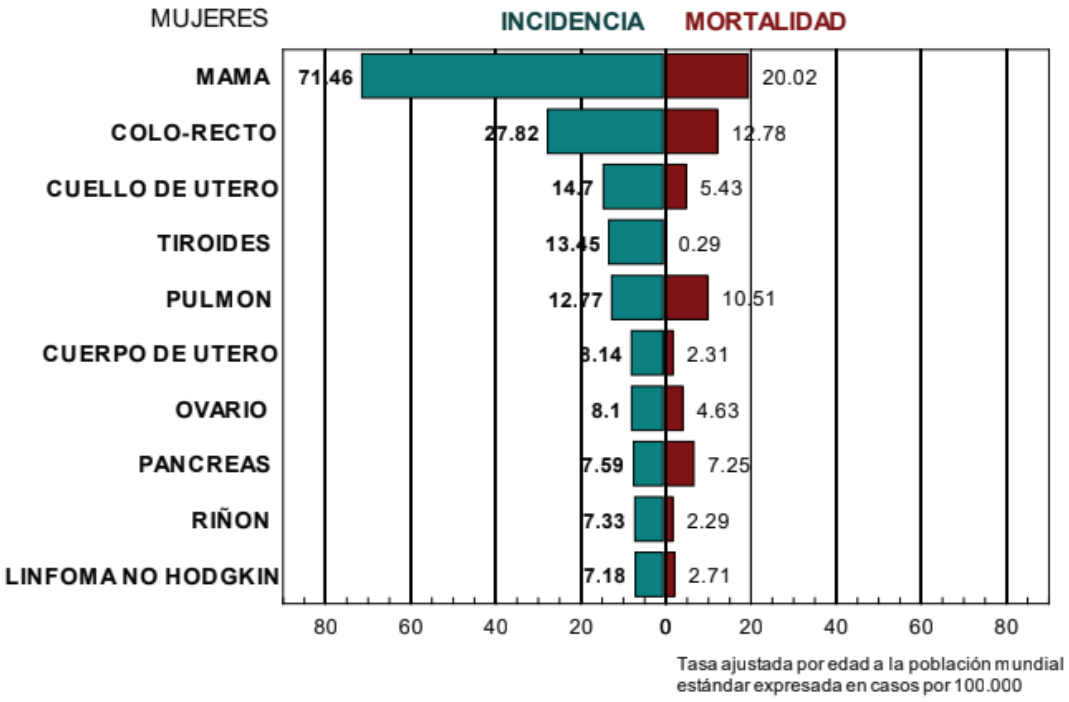
### 1.3 Cáncer de mama en Uruguay

En Uruguay, según indica la Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer, los cánceres de mamas, de próstata, colorrectal y de pulmón son los cuatro más frecuentes y son los mismos que se observan en países desarrollados. Esto puede deberse a condiciones similares relacionadas al perfil demográfico, al estilo de vida occidental y a patrones genéticos dominantes.

Según el informe realizado por el Registro Nacional del Cáncer (mayo 2020), durante el período comprendido entre 2011 y 2015, se identificaron en nuestro país 80.894 incidencias de tumores malignos. Representando un promedio de 16.176 casos nuevos cada año. En relación a la mortalidad, durante dicho período se registraron 39.975 muertes por cáncer, lo cual representa un promedio de 7.995 muertes por año.

En la población femenina uruguaya, el cáncer de mama posee la mayor tasa de incidencia y mortalidad, tal como puede apreciarse en la figura 1. Del 2011 al 2015 se registró un promedio anual de 1.859 casos y representó la causa de muerte de 650 mujeres por año.

Figura 1. Incidencia y mortalidad de los principales cánceres en mujeres en el periodo 2011-2015




Fuente: Registro Nacional de Cáncer (Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer)

### 1.3.1 Factores de riesgo del cáncer de mama

No son pocos los analistas que afirman que, a nivel mundial, existen varios factores de riesgo para desarrollar cáncer de mama y que, en la mayoría de las mujeres afectadas no es posible identificar factores específicos.
Los antecedentes de cáncer de mama en el núcleo familiar multiplican el riesgo en 2 o 3 veces. Por tanto, mutaciones poco frecuentes en los genes de la proteína de susceptibilidad al cáncer de mama tipo 1 (BRCA1) y tipo 2 (BRCA 2) así como la proteína supresora de tumores (P53), se asocian a un riesgo elevado, pero no representan la carga total de cáncer mamario.

Tal como indica la Organización Mundial de la Salud (2008, pp. 510), si bien la lactancia materna tiene un efecto protector, la exposición prolongada a estrógenos endógenos, menarquia precoz, menopausia tardía y edad madura al momento del primer parto, figuran entre los factores de riesgo más importantes del cáncer de mama. Las hormonas exógenas también conllevan un mayor riesgo de desarrollar la

enfermedad, por lo que las usuarias de anticonceptivos orales y de tratamientos de sustitución hormonal tienen más riesgo que las mujeres que no usan esos métodos.

En Uruguay, la Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer identifica que existen distintos factores de riesgo entre los cuales se encuentran los no modificables (la edad y el sexo) y los modificables (el estilo de vida y las condiciones sociales de cada persona).

En cuanto al factor de riesgo no modificable constituido por el “sexo”, la Comisión Honoraria afirma que la mujer es más propensa que el hombre a desarrollar la enfermedad (en el hombre es del 1%).
En relación al factor “edad”, las probabilidades de desarrollar el cáncer de mama aumentan de acuerdo a la longevidad del individuo.

Si bien, el 90% de las mujeres con cáncer de mama no tienen antecedentes familiares, el riesgo de desarrollar la enfermedad es mayor en casos donde la hermana, madre o abuela ha padecido la enfermedad.
Por tanto, únicamente entre un 5 y un 10% de los cánceres de mama son hereditarios. En estos casos, el desarrollo de la enfermedad responde a mutaciones de los genes BRCA1 y BRCA2 heredados de los progenitores.

Las mujeres jóvenes son más propensas a desarrollar esta mutación, la cual además conlleva una alta probabilidad de afectar ambas mamas y desencadenar otros tipos de cáncer, principalmente el cáncer de ovario.

El antecedente previo de la enfermedad, tiene un mayor riesgo de reincidencia del cáncer, ya sea en la misma mama o en la otra. Así mismo se entiende que las mujeres de raza blanca tienen mayor probabilidad de desarrollar la enfermedad frente a mujeres de raza negra.

En relación a los factores de riesgo modificables relacionados al estilo de vida se destacan el sobrepeso u obesidad, principalmente después de la menopausia. Además, las mujeres con sobrepeso generalmente presentan niveles elevados de insulina en sangre, factor vinculado al cáncer de mama.

El sedentarismo o la falta de actividad física aumentan el riesgo de desarrollar la enfermedad. Se recomienda una rutina mínima de 150 minutos de ejercicio semanal, lo que se traduce en 30 minutos por día durante 5 días en la semana.

Se ha evaluado positivamente los efectos de amamantar en la disminución del riesgo de desarrollar la enfermedad. Especialmente si la lactancia se prolonga durante el primer año y medio de vida, habiéndose estudiado incluso los beneficios si se continúa hasta los dos años.

Por estos motivos, desde la Comisión Honoraria se promueve la alimentación saludable, la realización de actividad física, reducción del consumo de alcohol, así como el control del sobrepeso y la obesidad. Elementos que podrían favorecer en la prevención de la incidencia a largo plazo.

### 1.3.2 Detección precoz del cáncer de mama

Si bien se puede reducir parcialmente la incidencia mediante medidas de prevención, estas estrategias no pueden eliminar la mayoría de los casos registrados. Por lo que implementar estrategias eficaces de detección precoz con vistas a mejorar el pronóstico y la supervivencia del cáncer de mama continúa siendo la piedra angular del control de este tipo de cáncer.

*La Guía de Práctica Clínica de Detección Temprana del Cáncer de Mama* elaborada por el Ministerio de Salud, diferencia los métodos de tamizaje: “un test simple a individuos asintomáticos y aparentemente sanos para la detección de lesiones precancerosas o en una fase temprana de la enfermedad” [y] los métodos de diagnóstico precoz indicados en el diagnóstico de la enfermedad al inicio de los primeros síntomas.” (2015, p. 9)

La mamografía es considerada el principal método de tamizaje para la detección precoz de la enfermedad en mujeres mayores de 40 años. Sin embargo, existen diversas técnicas de tamizaje y diagnóstico precoz que han variado a lo largo de los

años e incluyen: autoexamen, examen clínico, ecografías y resonancia magnética de mama.

## 2. Objetivos de la investigación

### 2.1. Objetivo general

Analizar la pieza audiovisual “Prevenir vale más” con el propósito de evaluar el grado de efectividad del mensaje y su contribución a la prevención y la detección temprana del cáncer de mama en Uruguay.

### 2.2. Objetivos específicos

- Describir el rol de la Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer en relación a la comunicación y difusión de la problemática del cáncer de mama en Uruguay.

- Evaluar el mensaje del audiovisual “Prevenir vale más” desde la visión de profesionales especializados en Oncología y los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud.

- Analizar el contenido de la pieza “Prevenir vale más” desde una perspectiva estratégica y comunicacional, a partir de la percepción de los profesionales de la comunicación publicitaria en Uruguay.

## 3. Antecedentes

### 3.1 Investigaciones realizadas en Uruguay respecto a campañas estatales sobre cáncer de mama

La búsqueda de documentos en medios electrónicos de las bases de datos SciELO, Academia y Google Scholar, no arrojó antecedentes de investigación y análisis referidos a campañas de comunicación desarrolladas por organismos estatales sobre la problemática del cáncer de mama en Uruguay.

### 3.2 Investigaciones en el exterior respecto a campañas estatales sobre cáncer de mama

La investigación de María Gabriela Porto (2013), titulada “Cáncer de mama y campañas de comunicación preventiva: ¿éxito o fracaso?”, analiza la comunicación de los organismos gubernamentales de Argentina para prevenir la enfermedad. La investigación identifica la pluralidad de emisores en la comunicación para la prevención del cáncer de mama y los desafíos de generar una comunicación unificada entre actores gubernamentales y no gubernamentales. Mediante un análisis semiótico de las piezas gráficas seleccionadas, concluye que la exclusión de la población masculina afecta notoriamente el propósito de la comunicación en salud.

La investigación basada en la comunidad afronorteamericana perteneciente al Estado de Georgia (Estados Unidos), titulada “Campaña de mujeres y medios de comunicación de los afroamericanos: un proyecto de detección del cáncer de mama (DCM)”, es considerada un insumo de referencia en la evaluación de campañas de comunicación en medios masivos centradas en la difusión de prácticas de prevención y detección precoz.

La tesis desarrollada por Elizabeth Zepeda Iniesta (2014), titulada “Publicidad y salud: reflexiones en torno a la campaña de detección temprana del cáncer de mama”, constituye un aporte sustantivo para estructurar nuestro enfoque teórico y el posterior análisis, debido a que explora las diferencias entre publicidad comercial y publicidad

de carácter social, además de destacar la importancia de la comunicación en salud aplicada al cáncer de mama en México.

## 4. Marco Teórico

### 4.1 Políticas Públicas: alcance y objetivo.

Las políticas públicas sociales tienen como objetivo fundamental la integración social y la amortiguación de la desigualdad, obrando como mediadoras entre el Estado y la sociedad civil. Por ello, transitan procesos focalizados, integrales, descentralizados y participativos, en los cuales se refuerzan lo compensatorio, lo paliativo y lo correctivo en relación a la desigualdad.

Las políticas sociales, en efecto, reflejan las concepciones ideológicas y técnicas que forman parte de la agenda pública que orienta la gestión de un gobierno para poder alcanzar objetivos y solucionar problemáticas de la sociedad.
El Observatorio Uruguayo de Políticas Públicas (2013) las define en términos de "instrumentos orientados a mejorar la calidad de vida de la población."

#### 4.1.1 Políticas públicas en salud en Uruguay

A principios del siglo XXI la salud se hallaba excluida de las políticas públicas de nuestro país. En paralelo, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) desarrollaba, en 2002, la iniciativa denominada "La salud pública en las Américas", cuyo objetivo era mejorar las prácticas en salud pública. La OPS se basaba en cuatro ejes:

-Desarrollo y fortalecimiento de una cultura de la vida y de la salud,
-Atención de las necesidades y demandas en salud de la población,
-Desarrollo de entornos saludables y el control de riesgos y daños para la salud,
-Conversión de la salud a un espacio de construcción y desarrollo de ciudadanía.

La iniciativa alentaba el fortalecimiento de las capacidades estatales y la incorporación del concepto de funciones esenciales de salud pública, entendido como;

> […] el conjunto de actuaciones que deben ser realizadas con fines concretos, necesarios para la obtención del objetivo central, que es asimismo la finalidad de la salud pública, es decir, mejorar la salud de las poblaciones. (OPS, 2002)

Tal como indica Ocampo (1998), las políticas de salud responden a la situación actual de los países, son un reflejo de concepciones de carácter ideológico y técnico que dirigen el proceso de acción de la política.
Por este motivo, a partir del año 2005, en Uruguay se registra un cambio en las políticas públicas en salud que derivan en la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) a través de la Ley 18.211 y el Seguro Nacional de Salud (SNS). La iniciativa significó un nuevo mecanismo de financiamiento de la atención en salud. En 2007, se avanzó hacia la creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA), con el objetivo de agrupar los diversos aportes a la seguridad social y comenzar la incorporación de los trabajadores al mismo.

La nueva política en salud implementó cambios en el modelo de atención para mejorar la calidad y equidad en la atención mediante diversas acciones, entre las que se destacan el diseño de programas integrales de prestaciones, el listado de medicamentos esenciales (Formulario Terapéutico de Medicamentos), la fijación de una política de precios que contempla la gratuidad de exámenes preventivos para mujeres tales como la mamografía y la prueba de citología vaginal (el Papanicolaou o PAP), así como la reducción del 40% del costo de los tickets de medicamentos.

### 4.1.2 La lucha contra el cáncer de mama como política pública en Uruguay.

El 29 de octubre de 1989, a través de la Ley N° 16.097, se declaró de interés nacional la lucha contra el cáncer en Uruguay, a partir de la cual se creó la Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer, organismo con carácter de persona jurídica de derecho público no estatal. La institución está conformada por los directores del Instituto de Oncología y del Registro Nacional del Cáncer, así como por delegados de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, el Sindicato Médico de Uruguay, la Federación Médica del Interior y la Administración Nacional de Educación Pública (ANEP).

Entre los cometidos y las atribuciones de la Ley se destacan la promoción, la coordinación y el desarrollo de planes y programas vinculados a la prevención del cáncer, así como el diagnóstico precoz, el tratamiento y la rehabilitación de las personas afectadas por la enfermedad. Además, promueve la educación de la población a fin de prevenir el cáncer y de incentivar su diagnóstico precoz. La Ley estimula e impulsa la investigación científica para el diagnóstico y el tratamiento del cáncer. Además, determina que la Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer podrá recibir donaciones, asignaciones fijadas por ley presupuestal, préstamos, contraprestaciones por servicios y productos de colectas públicas, sorteos y espectáculos, entre otras fuentes de ingresos.

Más adelante, la Ley N° 17.242, promulgada en junio de 2000, declara de interés público la prevención de cánceres genito-mamario, resolviendo otorgar un día libre con goce de sueldo a las mujeres que realicen la mamografía y/o el PAP.

El Decreto N° 571/006, promulgado en 2006, exigió la presentación del resultado de los exámenes de PAP y de mamografía vigentes para expedir el Carné de Salud Básico a las mujeres de todo el territorio nacional.

En 2015 el Ministerio de Salud estableció la obligatoriedad de la realización de la mamografía y el PAP. En relación al último, determinó que debe realizarse tres años después de iniciada la vida sexual o en mujeres mayores de 21 años. Durante los primeros dos años será obligatoria su realización anual; luego, podrá realizarse bianualmente hasta la edad de 69 años. El estudio mamográfico, anteriormente era obligatorio desde los 40 años en adelante, pero actualmente lo es desde los 50.

La Organización Mundial de la Salud promueve el desarrollo de políticas públicas en salud que fomentan el acceso y la realización del papanicolau y la mamografía a la población de riesgo. También se destaca el acceso universal a tratamientos contra el cáncer incluyendo el subsidio de medicación de alto costo y la realización de guías de práctica clínica adaptadas a la sociedad uruguaya. Elementos que contribuyeron en la disminución de la mortalidad en pacientes femeninas con cáncer cervical y de mama en Uruguay.

Asimismo, el diseño e implementación de políticas públicas destinadas a combatir la epidemia del tabaquismo, la reducción del consumo de alcohol y sal de sodio así como la promoción del ejercicio físico son algunas de las iniciativas que contribuyen a reforzar la prevención de enfermedades como el cáncer de mama.

### 4.2 OMS: Lineamientos estratégicos para una comunicación eficaz

El principal objetivo que plantea la OMS en materia de comunicación es lograr un modelo eficaz, integrado y coordinado para mejorar las perspectivas a futuro de la salud de las personas a nivel mundial.

Bajo este lineamiento, la organización se ha enfocado en mejorar e integrar los canales de comunicación existentes, expandir sus relaciones con los medios, apostar a la comunicación audiovisual, potenciar la comunicación sobre los riesgos en circunstancias de emergencias sanitarias. ("Marco estratégico para las comunicaciones eficaces", 2017)

De esta manera, las actividades de comunicación de la OMS se rigen por seis principios: accesibilidad, factibilidad, credibilidad, pertinencia, a tiempo y fácil comprensión. (Ver Fig. 2)

Principio de *accesibilidad*. Promueve la importancia de conocer canales o medios que consume el público objetivo para lograr que la comunicación resulte efectiva.

La Organización recomienda identificar los canales más efectivos de acuerdo al alcance e impacto en el público objetivo, destacando tres categorías:

-Medios masivos: televisión, radio, prensa y publicidad exterior, que pueden ser utilizados de forma gratuita por organismos gubernamentales a través de la cesión de espacios.

-Organización y comunidad: canales de carácter comunitario dirigidos a grupos específicos de personas de acuerdo a su geografía o intereses comunes.

-Interpersonal: conversaciones a través de las cuales el interesado busca información o asesoramiento a su entorno (familia, amigos, compañeros de trabajo). Suelen ser uno de los canales más fiables para obtener información en salud.

Principio de *factibilidad.* Destaca el conocimiento de las actitudes y comportamientos del público objetivo a fin de desarrollar campañas centradas en la adopción de nuevos hábitos. Una estrategia comunicacional eficaz debe considerar y adaptarse al contexto de la comunidad en la cual se inserta. El éxito de la misma dependerá en gran medida del grado de integración y cooperación con organismos nacionales e internacionales.

Principio de *credibilidad*. Considera que la reputación del emisor es clave para determinar si el mensaje tendrá el efecto deseado alentando al público en la toma de decisiones favorables a su salud. La OMS recomienda que el emisor posea las siguientes cualidades:

-Competencia en conocimientos técnicos en salud e información precisa y consonante con expertos y organizaciones referentes,

-Honestidad y transparente respecto de la información y el conocimiento,
-Compromiso, preocupación e involucramiento en la temática.

Principio de *pertinencia*. Para los encargados de la formulación de políticas públicas, las cuestiones vinculadas a la salud se consideran pertinentes cuando son de alta prioridad para la comunidad o se relacionan con valores, como la seguridad o la prosperidad económica. Para que la comunicación resulte pertinente el público debe percibir la información y el asesoramiento aplicable según su comunidad de entorno. La estrategia comunicacional debe comprender las características socio-demográficas y culturales (edad, género, educación, ingresos), determinar las preferencias de comunicación (formato, canal), considerar las actitudes y las creencias del público hacia el tema a abordar.

Principio *a tiempo*. La OMS destaca la importancia de establecer un diálogo oportuno en el momento en que el público necesita orientación y es receptivo a recibir información.

Principio de *fácil comprensión.* Contempla la diversidad de los individuos y promueve la creación de mensajes sencillos sin utilizar un vocabulario técnico. Para promover este principio la OMS recomienda:

-Utilizar un lenguaje claro y sencillo para abordar las problemáticas a tratar,
-Elaborar historias con un fuerte componente humano para que los problemas resulten reales y fáciles de asimilar por los individuos,
-Incorporar componentes multimedia para reforzar el mensaje,
-Elaborar una comunicación multilingüe.

Figura 2. Lineamientos de la Organización de la Salud

Fuente: “Marco estratégico para las comunicaciones eficaces” (OMS, 2017)

Si bien los grupos de comunicadores deberían regirse por los principios expuestos anteriormente, el marco adoptado por la Organización no se limita a un solo canal de comunicación, a una enfermedad en particular, a una recomendación sanitaria, ni a una región concreta. Más bien incluye los mensajes publicitarios, las redes sociales, los artículos, los informes y los contenidos de Internet, entre otros materiales de

comunicación. De esta forma, la OMS aspira a que las estrategias resulten eficaces y específicas para determinadas enfermedades y determinadas necesidades de comunicación.

### 4.2.1 Comunicación en Salud

Está demostrado que la comunicación juega un papel fundamental a nivel masivo, comunitario e interpersonal. La difusión de contenidos, el conocimiento de conductas, valores, normas sociales y estímulos a procesos de cambio social contribuyen a mejorar la calidad de vida de los sujetos y el desarrollo de las poblaciones.

Por su parte, los objetivos de Healthy People (Gente Sana, 2000) avalados por Estados Unidos determinan que la comunicación en salud contribuye en todos los aspectos a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. Este tipo de comunicación es relevante en distintos contextos, puesto que incluye la relación médico-paciente, la búsqueda de información respecto a la salud a través de medios masivos de comunicación, la adherencia a regímenes alimenticios, las recomendaciones clínicas, la construcción de campañas con mensajes de salud, la propagación de información individual y social sobre asuntos de salud con altos riesgos, entre otros materiales de información que incluyen procedimientos por los cuales acceder a los sistemas de salud.

En América Latina, José Manuel Pereira sitúa la comunicación en salud enmarcada en tres tendencias: como instrumento que se centra en la comunicación masiva para comunicar y transmitir información; como eje de los procesos de organización, participación y cambio social; como concepción híbrida o red que fundamenta la interacción humana y la cultura (citado en Rodríguez, Moreno y Cardozo, 2006, pp. 81-93).

Como se mencionó anteriormente la salud y la comunicación pueden estar interrelacionadas entre individuos, entre grupos o entre sistemas. El campo, según estudios de Aarva, Haes y Visser (1997, p. 2), puede ser dividido en cinco áreas:

-Estudios de efectividad
-Estudios de audiencia
-Análisis del comunicador
-Análisis del contenido de mensajes
-Estudios culturales

Scott Ratzan definió la comunicación en salud, en 1994, del siguiente modo:

> [La comunicación en salud] es el proceso y efecto de emplear medios persuasivos éticos en la toma de decisiones para el cuidado de la salud humana

Y agregó que,

> En contextos académicos se ha definido como “el arte y la técnica de informar, influir y motivar audiencias a nivel individual, institucional y público acerca de asuntos de salud importantes. Su alcance incluye la prevención de enfermedad, la política de cuidados, así como el aumento de la calidad de vida de los individuos en su comunidad. (Pp. 225-226)

### 4.3 Antecedentes de la Publicidad Social

En este capítulo definimos la importancia de la comunicación y cómo se fue constituyendo la publicidad en una herramienta de cambio social, para luego introducirnos en el discurso de la publicidad social.

La comunicación siempre ha sido parte de la sociedad, pero fue en 1940 cuando se gestaron las primeras corrientes y teorías de la comunicación. En el contexto del desarrollo, los medios de comunicación eran utilizados, principalmente, para generar cambios de conducta y hábitos en la sociedad mediante la difusión de mensajes que interpelan al público. Ese modelo tomó al proceso de comunicación como un mensaje que emerge desde un emisor hacia un receptor.

Las Ciencias de la Comunicación, provenientes de disciplinas como la Sociología y la Psicología Social, se habían constituido, en Estados Unidos, alrededor del paradigma

dominante de Harold Laswell, quien impulsó un modelo basado en preguntar “¿quién dice qué, en qué canal, a quién y con qué efecto?”. El modelo resumía linealmente el acto de la comunicación desde una perspectiva social cuyos elementos predominantes eran el emisor, el receptor, un canal, un mensaje y el efecto. De ese modo, la comunicación se enmarca en una línea difusionista, instrumental, utilitaria, unidireccional, vertical y jerárquica en la que el rol del comunicador (el emisor) se limitaba a elaborar mensajes con determinadas intenciones hacia una masa receptora sin considerar sus necesidades ni su participación.

En 1958, el lingüista ruso Román Jakobson formuló seis funciones del acto de la comunicación:

-Función referencial: presente en textos narrativos o informativos relacionados con el contexto, considerado como “referente”.

-Función emotiva: enfocada en el emisor, quien tiende a producir una emoción, sentimiento o estado de ánimo definido como el “significado” del mensaje.

-Función conativa: orientada al receptor por medio de un “mensaje” (p. ej. órdenes o sugerencias) que busca modificar un accionar.

-Función fática: refiere al “medio” o “canal” de comunicación que establece, prolonga o interrumpe la interacción para comprobar su existencia.

-Función metalingüística: refiere al lenguaje utilizado para explicar el “código”.

-Función poética: tiende al mensaje como tal, se utiliza cuando la construcción lingüística seleccionada tiene como objetivo producir un “efecto” en el receptor. (1981, pp. 25 y 26)

Sobre la década de los años 70, el receptor y el mensaje se convirtieron en protagonistas del proceso de comunicación, que otorgaba un lugar especial al análisis de la significación del mensaje y las relaciones que se entretejen mediante la comunicación. La Retórica se constituyó así en una ciencia del discurso cuya finalidad

es influir en los receptores por medio de la argumentación persuasiva. El caso de los mensajes publicitarios es uno de los ejemplos típicos para persuadir de la adopción de determinada conducta.

### 4.3.1 Publicidad Social: concepto y alcance

La publicidad contempla en sí misma una dimensión social debido a que se nutre de los valores vigentes y predominantes en la sociedad para construir mensajes, que influyen de manera explícita o implícita en ella y satisfacen las necesidades de comunicación del anunciante.

Sin embargo, cuando además de basarse y dirigirse hacia la sociedad contempla mensajes de carácter social abocados a la mejora de los individuos y las comunidades, se denomina “publicidad social”.

En esta tesis se adopta la definición elaborada por María Cruz Alvarado López:

> [La publicidad social] es una actividad comunicativa de carácter persuasivo, pagada, intencional e interesada que sirve, a través de los medios publicitarios, a causas concretas de interés social [...], que se plantea objetivos de carácter no comercial buscando efectos que contribuyen, ya sea a corto o largo plazo, al desarrollo social y/o humano y formando parte, o no, de programas de cambio y concienciación social. (2012, p. 266).

Cabe destacar que una causa es considerada de interés social cuando además de afectar en mayor o menor medida a la comunidad, refiere a las condiciones humanas de vida y desarrollo social, exceptuando los aspectos políticos y comerciales, aunque contemplen un interés público y pertenezcan a instituciones o servicios oficiales estatales.

### 4.3.2 ¿En qué difiere la publicidad social de la publicidad comercial?

Si bien ambas (la publicidad comercial y la publicidad social) se orientan a persuadir al público objetivo para la adopción de determinados hábitos o conductas, la comercial somete la información y la educación a la dimensión lucrativa. Por parte de la publicidad social, uno de sus rasgos persuasivos distintivos señalados por José Antonio García del Castillo es que, según el mensaje, los tonos del emisor son más emotivos en los de la publicidad comercial. (2024, p. 210)

Jaime Orozco (2010, pp. 163-164) planteó algunos matices diferenciadores entre la publicidad social y la comercial:

-Persuasión y disuasión: la persuasión es utilizada en la publicidad comercial como herramienta de venta; la publicidad social utiliza tanto la persuasión como la disuasión orientadas a alentar a los receptores a que adopten nuevos hábitos (por ejemplo, dejar de fumar).

-Prevención: únicamente la publicidad social trabaja sobre este aspecto, intentando alertar sobre las consecuencias negativas futuras de ciertas prácticas (por ejemplo, consumir drogas).

-Venta de intangibles: refiere a productos inmateriales inherentes al ser humano que requieren un proceso psicológico mayor que los referidos a la publicidad comercial.

-Educación: la publicidad comercial no tiene como principal objetivo formar a los potenciales consumidores; sin embargo, a la publicidad social le resulta imprescindible educar y comprometer al público receptor.

-Comunicación masiva y activa: tanto la publicidad comercial como la social emplean los medios de comunicación masivos para llegar en la mayor medida posible al público objetivo.

-Planteamiento estratégico: ambos tipos de publicidad elaboran una planificación que apunta a alcanzar los objetivos planteados

-Credibilidad: la veracidad de los productos tangibles de venta correspondientes a la publicidad comercial pueden ser verificados de forma inmediata por los consumidores. En cambio, los intangibles de la publicidad social son imposibles de verificarse inmediatamente, pudiendo ser tergiversados en el tiempo. Por lo tanto, la credibilidad ocupa un rol fundamental.

### 4.4 Comunicación para el Cambio Social

Según Alfonso Gumucio-Dagrón (2004), la Comunicación para el Cambio Social nace como respuesta a la propuesta dialógica, la suma de experiencias participativas y la voluntad de incidir en todos los niveles de la sociedad.

El proceso de formulación de la Comunicación para el Cambio Social comenzó a gestarse en abril de 1997, en una reunión convocada por la Fundación Rockefeller, en Italia. Allí se definió progresivamente el concepto de Comunicación para el Cambio Social como un proceso de diálogo privado y público, a través del cual los participantes deciden quiénes son, qué quieren y cómo pueden obtenerlo. El enfoque inicial subraya la necesidad de cambiar los términos hasta entonces vigentes en el desarrollo y en la comunicación. Se plantea que las comunidades deben ser actores centrales de su propio desarrollo, que la comunicación no debe persuadir sino facilitar el diálogo y que no debe centrarse en los comportamientos individuales sino en las normas sociales, las políticas y la cultura.

Organizaciones como UNESCO y UNICEF, entre otras, se han dado a la tarea de promover grandes movilizaciones sociales a través de la Comunicación para el Cambio Social con múltiples estrategias participativas para beneficio de, por ejemplo, los pueblos marginados. Además, han logrado competir con el marketing social, el cual se basa en el uso de los medios masivos de difusión y estrategias de campaña en las que la población objeto de la comunicación recibe mensajes homogéneos.

El papel que tradicionalmente se le ha asignado a la comunicación en los procesos

de cambio es el de tratar los comportamientos de manera individual en un sujeto. La Comunicación para el Cambio Social, por su parte, aspira a una transformación en la vida de un grupo social, de acuerdo con sus parámetros culturales y socioeconómicos. Se deduce que este enfoque comunicacional propicia la democratización y el acceso a la salud a toda la población, aspectos que son promovidos por la OMS y la OPS, entre otros organismos supranacionales.

De acuerdo con Rafael Pérez (2006, pp. 3-18) la Comunicación para el Cambio Social aspira a nuevas oportunidades para someter decisiones y temas a tratar al debate y al diálogo público (HIV, lactancia, cáncer, etc.). Este enfoque representa un reto para el desarrollo de los esfuerzos de comunicación en la salud, ya que deja de convertirse en un proceso de persuasión tradicional, a través del cual son los expertos en el tema junto con los estrategas de comunicación los que establecen las estrategias y mensajes que se dirigirán a la comunidad. Dichas estrategias, en su mayoría, han sido desarrolladas utilizando como base las teorías y métodos predominantes en el campo de la comunicación en salud.

Una de las características destacables de la Comunicación para el Cambio Social es la atención que presta a la interculturalidad. El modelo destaca la importancia que tienen las características socioculturales de las comunidades y propone que su desconocimiento determina eventuales fracasos de los esfuerzos comunicativos.

Desde la perspectiva cultural, no cabe duda que la comunicación comunitaria y participativa permite el reconocimiento de la realidad que circunda a una comunidad; aunque existen otros factores, como el sentido humanitario que las personas tienen hacia diversas problemáticas sociales y que podrían incidir en sus conductas de salud.

La horizontalidad que caracteriza a la Comunicación para el Cambio Social ejerce un papel primordial para que la comunidad objeto del cambio adopte como suyos métodos y estilos de vida sostenibles.

Según lo expresado por Gumucio-Dagrón (2001, pp. 39-40) es importante que durante la implementación de estrategias para la comunicación en salud, el compromiso de las comunidades implique no solo la participación de éstas en todo el proceso de diagnóstico, planificación y ejecución de los programas, sino también su

cooperación en el fortalecimiento de las organizaciones sociales que finalmente permitirán que la población se constituya como un interlocutor válido y con suficiente poder para convertirse en parte activa de las intervenciones. Gumucio-Dagrón expresa de forma sencilla y clara la transformación que atraviesa el estudio de la comunicación en salud, puesto que más allá de dirigir un mensaje de prevención a través de una campaña en los medios masivos, la Comunicación para el Cambio Social requiere el apoderamiento de las comunidades afectadas para que se produzca un auténtico cambio y desarrollo de los pueblos.

La Comunicación para el Cambio Social, sin dudas, representa un reto para los expertos en comunicación y para los salubristas, pues demanda dominio absoluto de los problemas de salud y desarrollo que afectan a una comunidad. Constituye una importante metodología que se caracteriza por ser un proceso metodológico y sistémico que involucra a los beneficiarios de la estrategia en la producción colectiva de conocimientos necesarios para transformar una determinada realidad social.

El proceso de comunicación en salud es sumamente complejo, pues los elementos de intercambio de información, cuyo fin es el cambio de conducta, demandan continuas reflexiones teóricas y metodológicas relacionadas a entender el comportamiento humano. A su vez, se requiere del conocimiento amplio de los elementos que componen la cultura y su influencia en las acciones de salud de la población.

## 5. Metodología

La tesis presenta una investigación de carácter exploratorio con un diseño metodológico cualitativo que responde a los objetivos planteados en el proyecto.

El trabajo genera un acercamiento al cáncer de mama en Uruguay, desde la perspectiva de la Comunicación para el Cambio Social, tomando como objeto de estudio la pieza audiovisual “Prevenir vale más” perteneciente a la campaña “La vida está ganando” desarrollada por la Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer en el año 2016.

La investigación se sostiene en las siguientes técnicas cualitativas: entrevistas en profundidad, fuentes secundarias de información y análisis de contenido. Alfonso Ortí remarca que,

> La principal fortaleza del enfoque metodológico radica en la flexibilidad y la capacidad de adentramiento en el análisis de procesos sociales no susceptibles de ser abordados mediante la aplicación de encuestas y cuestionarios, y de penetrar en aquellos elementos, procesos, significados, características y circunstancias que no pueden ser medidos en términos de cantidad, frecuencia e intensidad. (1998, p. 218)

Por su parte, Wynn y Money afirman que,

> La investigación cualitativa representa un modo específico de análisis del mundo empírico que busca la comprensión de los fenómenos sociales desde las experiencias y puntos de vista de los actores sociales y el entendimiento de los significados que éstos asignan a sus acciones, creencias y valores. (2009, p.138)

### 5.1. Entrevistas en profundidad

Nuestro plan de trabajo se enfoca en la realización de entrevistas en profundidad a profesionales de la Medicina y la Comunicación, con el objetivo de recoger insumos relevantes sobre la situación del cáncer de mama en Uruguay desde una perspectiva médica y comunicacional.

Según Piergiorgio Corbetta, la entrevista cualitativa se puede definir como:

> a) Provocada por el entrevistador; b) realizada a sujetos seleccionados a partir de un plan de investigación; c) en un número considerable; d) que tiene una finalidad de tipo cognitivo; e) guiada por el entrevistador; f) con un esquema de preguntas flexible y no estandarizado. (2007, p. 344)

De acuerdo con Pauline Young,

> La entrevista en profundidad se concibe como una técnica penetrante, debido a que permite alcanzar un análisis profundo y certero del origen de los problemas de carácter social. (1969, p.242)

El 24 de mayo de 2018 nos reunimos por primera vez con Bibiana Sologaistoa, -Técnica Asesora en el Área de Educación Poblacional de la Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer-, con la finalidad de conocer los objetivos y los lineamientos de comunicación de la institución con respecto al cáncer de mama en Uruguay.
En una segunda instancia, nos reunimos nuevamente con Sologaistoa en septiembre de 2019, con el propósito de profundizar sobre la labor del área de Educación Poblacional y los antecedentes de campaña sobre la problemática. Tales entrevistas fueron claves para dar cuenta del primer objetivo específico.

Para responder al segundo objetivo específico de la investigación, en junio de 2018 nos entrevistamos con el especialista en Oncología Médica, Álvaro Vázquez Delgado. En la misma línea, en enero de 2020 nos reunimos con el presidente de la Sociedad de Oncología Médica y Pediátrica del Uruguay (SOMPU) Luis Ubillos.
Las entrevistas realizadas a Vázquez y Ubillos constituyen insumos claves para profundizar sobre la incidencia y mortalidad de la enfermedad en nuestro país, los avances en políticas públicas, acceso a la salud y la identificación de la población de riesgo.

En relación al tercer objetivo específico, seleccionamos profesionales con experiencia en campañas de bien público en nuestro país, excluyendo a quienes han trabajado anteriormente con la Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer.
De esta forma, entrevistamos a Fernanda Ariceta - directora de la agencia de publicidad y comunicación Alva- y Milena Guillot - directora general de cuentas y planificación estratégica en la agencia de publicidad Amén-, para obtener insumos claves sobre el correcto diseño e implementación de campañas de concientización social.

La selección de todos los entrevistados responde a que son informantes calificados, debido a que ejercen roles preponderantes tanto en el área de la Medicina y la Comunicación. Siendo claves para el enfoque de nuestro análisis.
Todos ellos aportaron información útil para contextualizar el fenómeno estudiado y acercarnos al ámbito en el que se producen los hechos.

### 5.2. Documentación

La documentación utilizada para desarrollar la tesis proviene de la búsqueda bibliográfica de artículos científicos o trabajos monográficos vinculados a la temática proveniente de publicaciones de la Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer, el Registro Nacional del Cáncer, la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud y el Ministerio de Salud Pública. Adicionalmente se realizó una exploración en motores de búsqueda de portales académicos como Google Académico y sitios de publicaciones académicas como Colibrí y Timbó, que

contribuyeron a dar cuenta del primer objetivo específico relacionado al rol de la Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer como organismo preponderante en la generación de políticas públicas.
Se trata de información secundaria, definida por María Ángeles Cea D'Ancona como "limitada al análisis de datos recabados por otros investigadores, con anterioridad al momento de la investigación." (1996, p. 220)

### 5.3. Análisis de Contenido

El Diccionario de la Real Academia Española, en la edición de 2019, define primeramente el término "análisis" como la "distinción y separación de las partes de un todo para conocer su composición"; y como segunda acepción lo define como "el estudio detallado de algo, especialmente de una obra o un escrito".

En un principio, la técnica del análisis de contenido fue utilizada en materiales de comunicación (periódicos, revistas, programas de radio). Sin embargo, en la actualidad, el procedimiento se está utilizando en contextos muy diversos y para múltiples finalidades de investigación.

Advierte Laurence Bardin:

> Toda comunicación, es decir, todo transporte de información y/o significación de un emisor a un receptor, controlado o no por aquél, debería poder ser descrito y descifrado por las técnicas de análisis de contenido. (1986, p. 7)

El análisis de contenido en nuestra investigación se realizó a partir de la observación del audiovisual "Prevenir vale más" con el fin de evaluar si las prácticas de comunicación reflejadas en la pieza contribuyen a fortalecer el grado de efectividad del mensaje en la prevención y detección temprana del cáncer de mama en Uruguay.

Nos reunimos con profesionales de la salud para conocer la situación de la enfermedad en nuestro país y poder determinar qué información resulta relevante y acertada para comunicar las prácticas de prevención y detección precoz del cáncer.

Construimos una tabla de variables (cuadro 2) para analizar el contenido del audiovisual y dar cuenta del grado de efectividad del mensaje basado en la percepción de los informantes médicos entrevistados.

En el eje vertical se encuentran las variables que determinan el grado de efectividad del mensaje en la prevención y detección temprana del cáncer de mama. Para analizar esta estrategia fue preciso considerar los siguientes aspectos que conforman una comunicación acertada en relación al tema y el público objetivo: información brindada, relación de cercanía con el público objetivo, comunicación de las prácticas de prevención y detección temprana.

En el eje horizontal se observan los grados de efectividad del mensaje (bajo, medio, alto). Se entiende por grado bajo, la carencia de información precisa así como la falta de identificación del público objetivo con los personajes, la inexistencia de la promoción y mención de las prácticas de prevención y detección temprana. El grado medio refiere a la información acertada pero confusa, la identificación parcial del público objetivo con los personajes y la mención parcial de las prácticas de prevención y detección temprana. El grado alto representa la información acertada y comprensible, un alto nivel de identificación del público objetivo con los personajes y las actrices, así como la presentación y promoción de las prácticas de prevención y detección temprana del cáncer de mama en Uruguay.

Cuadro 2. Grado de efectividad del mensaje en la prevención y detección temprana del cáncer de mama en Uruguay

| | Bajo | Medio | Alto |
|---|---|---|---|
| Información brindada sobre la temática | Carencia de información precisa | Información acertada pero confusa | Información acertada y comprensible |
| Relación de cercanía con el público objetivo | Carencia de identificación con los personajes | Identificación parcial con los personajes | Alto nivel de identificación con los personajes y reconocimiento de las actrices |
| Comunicación de las prácticas de prevención | Inexistencia de la promoción y mención de las | Se mencionan parcialmente las prácticas de | Se explicitan y fomentan las prácticas de |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | prácticas de prevención | prevención | prevención |
| Comunicación de las prácticas de detección temprana | Inexistencia de la promoción y mención de las prácticas de detección temprana | Se mencionan parcialmente las prácticas de detección temprana | Se explicitan y fomentan las prácticas de detección temprana |

Fuente: elaboración propia

## 6. Análisis

### 6.1 La Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer como Política Pública en Salud

En este capítulo se analizará el rol que ocupa la Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer en la elaboración de campañas de comunicación en salud considerando como eje los lineamientos expuestos por la OMS. Además, se aborda la implicancia de las políticas públicas en la prevención y detección precoz del cáncer de mama en nuestro país.

Uruguay se caracteriza a nivel internacional por poseer un abanico de políticas públicas destinadas a garantizar la universalidad en el acceso a la atención sanitaria de calidad. Tal como afirma Ocampo (1998), esta iniciativa responde a una acción política motivada por una ideología cuyo objetivo es disminuir la desigualdad en el acceso a servicios sanitarios.

Organizaciones internacionales especializadas como la OMS y la ONU contemplan el derecho a la salud y la responsabilidad estatal de velar por la salud de los ciudadanos:

> Los gobiernos tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos, la cual sólo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas. (OMS, 2006, p.1)

Esta visión está contemplada en la normativa nacional a través de la ratificación de los acuerdos internacionales y el artículo N°44 de la Constitución de la República. Dicho artículo reconoce la obligación del Estado a legislar en cuestiones relacionadas a la salud y el bienestar de los ciudadanos uruguayos:

> El Estado legislará en todas las cuestiones relacionadas con la salud e higiene públicas, procurando el perfeccionamiento físico, moral y social de todos los habitantes del país.

Además se indica que todos los individuos tienen el deber de cuidar de su salud y recibir asistencia en caso de ser necesaria.

El 29 de octubre de 1989 a través de la Ley N° 16.097 se declaró la importancia de la lucha contra el cáncer en Uruguay y se estableció la creación de la Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer, como un organismo con carácter de persona jurídica de derecho público no estatal diferenciada del Ministerio de Salud. Entre sus cometidos y atribuciones se destaca la promoción, coordinación y desarrollo de planes y programas vinculados a la prevención, diagnóstico precoz, tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dicha enfermedad. Además de promover la educación de la población a fin de prevenir el cáncer y de incentivar su diagnóstico precoz.

Se destaca también la estimulación, en coordinación con los servicios universitarios correspondientes, los planes de investigación, impulsando los esfuerzos científicos nacionales en el diagnóstico y tratamiento del cáncer.
En la presente ley se determina que la Comisión obtendrá como fuentes de ingresos donaciones, asignaciones fijadas por ley presupuestal, préstamos, contraprestaciones por servicios y productos de colectas públicas, sorteos y espectáculos, entre otros.

Considerada una institución confiable, comprometida y transparente, la organización cumple un rol fundamental en el diseño y difusión de políticas públicas en salud integrando los grupos de trabajo y oficiando como consultora calificada.

Respecto al trabajo de la Comisión, Bibiana Sologaistoa afirma que desde el área de Educación Poblacional se hace énfasis en una comunicación tanto a nivel masivo como comunitario.

> Está basada en dos líneas marcadas que incluyen todo lo que tiene que ver a nivel de medios de comunicación con una impronta más genérica, es decir dar información y sensibilizar a grandes grupos poblacionales a través de campañas. Después todo lo que puede ser más de sensibilizar e informar a nivel

> comunitario con grupos poblacionales en los cuales desarrollamos propuestas específicas para estos nucleamientos y con ellos trabajamos lo que es más el cara a cara. Esas son las dos grandes propuestas que vamos realizando sobre los diferentes temas a tratar, uno a nivel más masivo y otro ya con una base más local. (Sologaistoa, comunicación personal presencial, 24 de mayo de 2018)

Sin bien inicialmente el trabajo de la organización se centralizó en Montevideo, actualmente cuenta con presencia en todos los departamentos con la participación de técnicos que trabajan en territorio con el cometido de informar y educar a la población. Por tanto, la Comisión responde al principio de accesibilidad expuesto por la OMS.

La organización trabaja sobre una diversificación de canales, valiéndose tanto de medios masivos (la televisión, por ejemplo) como del trabajo en territorio y el diálogo interpersonal, con una segmentación específica para abordar la problemática que responde a las necesidades comunicacionales de cada público. En sus inicios (en 1992), el área de Educación Poblacional comenzó a trabajar en una encuesta de conocimientos, creencias y prácticas de la población uruguaya sobre el cáncer, que arrojó que un 80% de los encuestados vinculan la enfermedad con el dolor físico y la muerte. (B. Sologaistoa, comunicación presencial personal, 24 de mayo de 2018)

En 1993 la Comisión comenzó a trabajar sobre la problemática del cáncer de mama, atendiendo al elevado grado de incidencia que presentaba la enfermedad en nuestro país. Esta iniciativa se vinculó al desarrollo de una estrategia de comunicación eficaz y factible, con el objetivo de conocer en profundidad los hábitos y creencias del público objetivo. De esta forma se realizó la primera campaña de sensibilización y prevención en medios masivos de comunicación. Constituyó un antecedente relevante en la comunicación del cáncer de mama en Uruguay. Su impacto en la población femenina contribuyó a educar y vencer barreras emocionales vinculadas a la problemática.

Sologaistoa relató que aquella campaña, además de difundir cifras por parte de cuatro conductoras de los informativos televisivos, difundió, en cada canal, una pieza publicitaria donde se resaltaba el valor de la realización del autoexamen de mama en primera persona: “Yo todos los meses, me lo realizo”.

La campaña fue acompañada de una acción en territorio, “lo que se hizo –contó la profesional− fue convocar a los grupos de mujeres que trabajaban en prevención del

cáncer de mama o cuello de útero y se desarrolló en forma conjunta una estrategia de abordaje del tema".

En 2016 se desarrolló la campaña de comunicación masiva más reciente de la organización denominada "La vida está ganando", compuesta por cuatro cortometrajes destinados a motivar a la población en la adopción de hábitos saludables y una mejor calidad de vida.

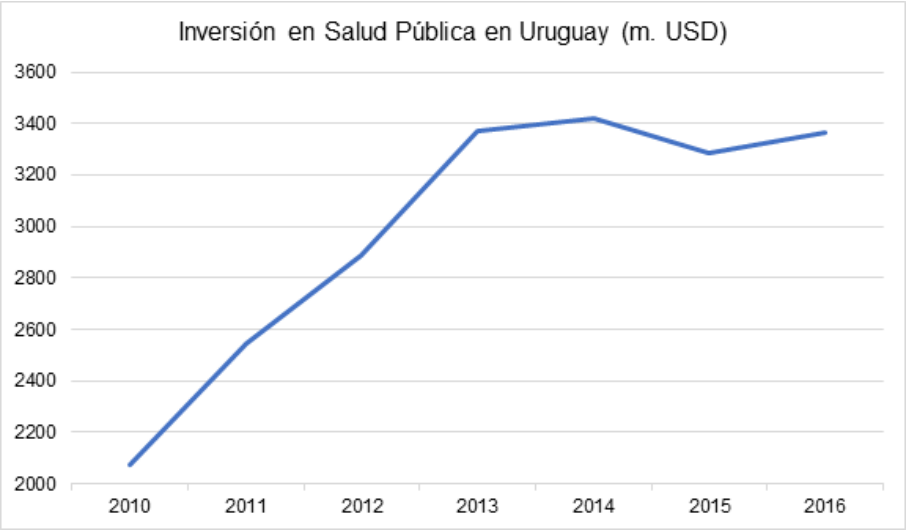
Los cortometrajes cuentan con una introducción de aproximadamente 15 segundos donde se presenta la campaña, los actores y actrices que participan de la misma, así como un cierre con un mensaje sobre la temática brindado por reconocidas figuras del medio.

Dentro de la presente campaña se encuentra el cortometraje titulado "Prevenir vale más", de aproximadamente 6 minutos de duración realizado en colaboración con la productora Vitamina, bajo la dirección del dramaturgo uruguayo Álvaro Ahunchain.

A través de la mención de los componentes de la Ley N° 17.242 y el Decreto N° 571/006, referidos a la prevención y detección precoz tanto del cáncer de mama como cuello uterino, el cortometraje promueve la realización de la mamografía y el papanicolau.

Como puede apreciarse en la Figura 3, desde 2010 hasta 2016 se registró un incremento en la inversión en salud pública en nuestro país, observándose su pico más alto en el año 2014 con una inversión por encima de los 3.400 millones de dólares.

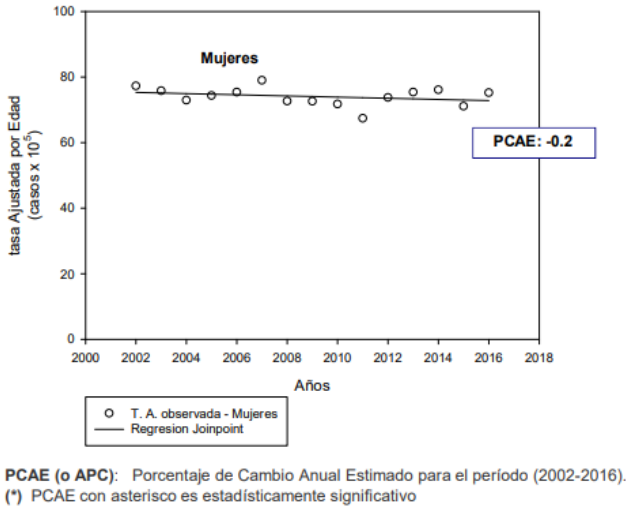
Figura 3. Inversión en Salud Pública en Uruguay (2010-2016)




Fuente: Gráfica de elaboración propia basada en información aportada por el MSP

En el período comprendido entre 2002 al 2016 la tasa de incidencia permanece estable, tal como se observa en la figura 4.

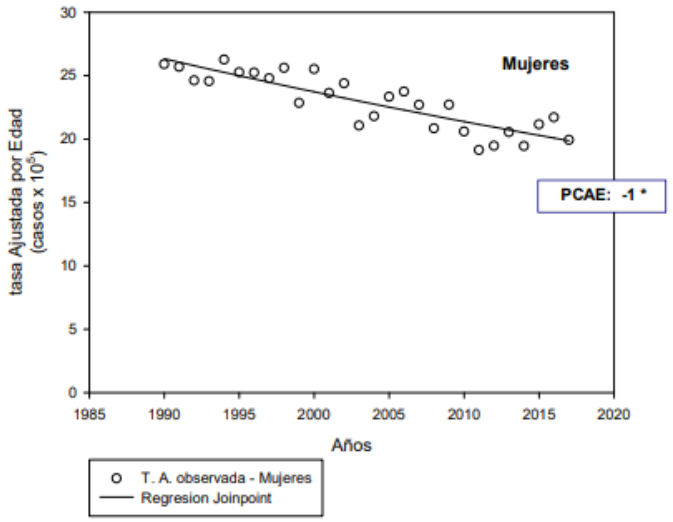
Figura 4. Tendencia de la incidencia en Uruguay del cáncer de mama (2002-2016)




Fuente: Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer

En el período comprendido entre 1990 y 2017, hubo una reducción de la mortalidad a causa de este tipo de cáncer correspondiente al 1% anual, como queda graficado en la Figura 5.

Figura 5. Tendencia de la mortalidad en Uruguay del cáncer de mama (1990-2017)




**PCAE (o APC)**: Porcentaje de Cambio Anual Estimado para el período (1990-2017).
**(*)** PCAE con asterisco es estadísticamente significativo

Fuente: Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer

Por tanto, podría deducirse que la ejecución de políticas públicas para la detección precoz del cáncer de mama, así como el trabajo de la Comisión en la difusión de la realización de la mamografía, ha influido en el descenso de la tasa de mortalidad causada por cáncer de mama. No obstante, cabe relativizar la afirmación, puesto que la tasa de incidencia no ha variado en los últimos 15 años, lo cual podría indicar carencia en la correcta difusión de las prácticas de prevención.

## 6.2 La prevención como mensaje publicitario

En este apartado se analizará el mensaje del audiovisual “Prevenir vale más” y su grado de efectividad en la campaña de prevención y detección precoz del cáncer de mama en Uruguay. El análisis se funda en la percepción de los profesionales médicos entrevistados y se esquematiza en el Cuadro 3 a partir de cuatro variables.

Cuadro 3. Grado de efectividad del mensaje en la prevención y detección temprana del cáncer de mama en Uruguay

| | Bajo | Medio | Alto |
|---|---|---|---|
| Información brindada sobre la temática | | Información acertada sobre las prácticas de prevención, utilización de conceptos confusos para el espectador | |
| Relación de cercanía con el público objetivo | | | Elección acertada de las actrices de acuerdo a su reconocimiento mediático y vinculación con la problemática |
| Comunicación de las prácticas de prevención | Carencia de comunicación y promoción de prácticas de prevención | | |
| Comunicación de las prácticas de detección temprana | | | Promoción y comunicación eficaz de las prácticas de detección temprana |

Fuente: elaboración propia

En relación al cuadro, calificamos como grado medio la información brindada en el audiovisual. Si bien se trabaja sobre datos acertados como las prácticas de detección precoz de la enfermedad, la utilización del término “cánceres de la mujer” deriva en un concepto confuso que engloba tanto el cáncer de mama como cuello uterino sin contemplar otros tipos de cánceres presentes en la población femenina.

Según Álvaro Vázquez, ambos tipos de cáncer tienen distintos grados de incidencia de acuerdo al nivel socioeconómico de la mujer:

> El cáncer de mama toma todas las capas sociales y distintos grupos de mujeres, [mientras que] el cáncer de cuello uterino en Uruguay está más vinculado a porciones de la población de menores recursos, que a porciones de la población con mayores recursos. (Comunicación personal presencial, 08 de junio de 2018)

Vázquez atribuye la situación a la falta de educación sexual en las clases sociales más bajas.

Por su parte, Luis Ubillos coincide con Vázquez en que en nuestro país, el cáncer de cuello uterino; “no debería existir, es un cáncer vinculado a la pobreza a la falta de determinada información, a determinados segmentos culturales que se pueden apoyar y ahí hacer una fuerte difusión”.

Consultada al respecto, Sologaistoa indicó que “cuando comenzamos a trabajar unimos los dos cánceres; pero luego, según nos ha demostrado la ciencia, nos dimos cuenta de que desde los agentes causales hasta los tratamientos son diferentes. (Comunicación personal presencial, 24 de mayo de 2018)

Tal como surge de las observaciones de los especialistas médicos la comunicación resulta confusa para el espectador, elemento contrario a uno de los principios expuestos por la Organización Mundial de la Salud que recomienda comunicar información comprensible.

Consideramos que la elección de las actrices del audiovisual responde primariamente a que se encuentran en la misma franja etárea que el público objetivo. Además, son figuras mediáticas con amplia trayectoria en el medio televisivo. En el caso de Paola Bianco, es reconocida públicamente como madrina y embajadora de la lucha contra

el cáncer de mama, participando de eventos relacionados al Movimiento Ser y la Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer. Por tanto, concluimos que existe un grado alto de identificación con los personajes, así como reconocimiento de las actrices.

Entendemos como grado bajo la comunicación de las prácticas de prevención, debido a que no se hace referencia a las mismas ni se promueve la adopción de hábitos saludables, lineamientos que resultan pertinentes en este contexto. Además, observamos que existen ciertas limitaciones respecto a la comunicación de la prevención del cáncer de mama, debido a que no todos los factores de riesgo pueden ser modificados a través de la adquisición de determinados hábitos por parte del individuo.

Se considera que un factor de riesgo es modificable cuando se refiere al estilo de vida y la condición social, por ejemplo; el sedentarismo. Por contraposición, se consideran factores de riesgo no modificables aquellos que no dependen de la voluntad del individuo para adquirir nuevos hábitos, sino que se trata de predisposiciones genéticas, por ejemplo, la mutación de los genes BRCA1 y BRCA2.

Consideramos como grado alto la comunicación de las prácticas de detección temprana, debido a que se promociona la realización de la mamografía. El objetivo de la detección temprana del cáncer de mama consiste en el hallazgo de la enfermedad antes de que presente síntomas, mediante los programas de tamizaje periódicos a personas asintomáticas y el diagnóstico precoz al presentar los primeros síntomas de la enfermedad, entre los que se destacan: el autoexamen, el examen clínico, la mamografía, la ecografía y resonancia magnética de mama.

En el caso del cáncer de cuello uterino, a través de los controles periódicos del papanicolaou se puede detectar la existencia de alteraciones en las células o lesiones que tratadas a tiempo, evitan el desarrollo de este tipo de enfermedad. Si bien estos tipos de cánceres, cuentan con la ventaja de poder ser diagnosticados precozmente, son las dos causas principales de muerte por cáncer en mujeres en nuestro país. Cabe destacar que únicamente el 1% de la población masculina desarrolla cáncer de mama, por lo que suele obviarse este indicador a la hora de comunicar la enfermedad.

Cuadro 4. Análisis del audiovisual en base a los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS)

| Accesible | Factible | Creíble | Pertinente | A tiempo | Fácil de entender |
|---|---|---|---|---|---|
| | ✔ | ✔ | | | |

Fuente: Elaboración propia.

Según se observa en el Cuadro 4, el audiovisual “Prevenir vale más” contempla únicamente dos de los principios de la OMS: la *factibilidad*, pues sensibiliza sobre la patología y alienta la realización de la mamografía y el Papanicolau; y la *credibilidad*, pues al ser la Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer el anunciante del mensaje, el audiovisual transmite confianza debido al buen posicionamiento de la Organización en la opinión pública.

Sin embargo, observamos que no se contemplan los lineamientos vinculados a la pertinencia y fácil comprensión, ya que además de referirse a dos afecciones diferentes utiliza conceptos confusos. Es relevante considerar que el perfil sociodemográfico y cultural del público objetivo del cáncer de mama es distinto al de cuello uterino, por tanto, es vital elaborar dos estrategias de comunicación independientes.

Además, el audiovisual no es accesible ni le permite obtener la información a tiempo, debido a que el mismo no está presente en medios y soportes de consumo frecuente del público objetivo. Cabe destacar que el audiovisual fue pautado en las pantallas de algunos hospitales y emitido por única vez en televisión abierta.

En relación a lo expuesto por Gumucio-Dagrón (2001), el audiovisual “Prevenir vale más” no está inserto dentro del paradigma de la comunicación para el cambio social,

esto se debe a que se limita a persuadir sin lograr un involucramiento de la comunidad ni generar espacios de debate y diálogo público sobre el cáncer de mama en Uruguay.

De esta forma, nos parece pertinente abordar dichas problemáticas mediante estrategias específicas para cada temática elaboradas en coordinación con expertos en el tema, para así lograr establecer una comunicación integral que contemple la diversidad sociocultural y aspire a alcanzar la democratización y el acceso a la salud. Como comenta Vázquez: “el sistema tiene todo para dar un tratamiento adecuado para cualquier cáncer. Lo que falta es dar a conocer que esto es así” (Comunicación personal presencial, 08 de junio de 2018)

En conclusión, consideramos que la pieza “Prevenir vale más” corresponde al grado medio en el grado de efectividad del mensaje, ya que no tiene un alcance favorable en la difusión de las prácticas de prevención y detección precoz del cáncer de mama en Uruguay.

### 6.3 Estrategia comunicacional en la publicidad social

En el presente apartado se trabajará sobre el análisis de la estrategia comunicacional realizada por la Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer considerando los elementos constitutivos de la publicidad social, desde la perspectiva de especialistas en comunicación publicitaria.

De acuerdo a lo expuesto por María Cruz Alvarado López (2012), la publicidad social se concibe como una “actividad comunicativa de carácter persuasivo, pagada, intencional e interesada que sirve, a través de los medios publicitarios, a causas concretas de interés social”.

Por tanto, es posible enmarcar “Prevenir vale más” como un audiovisual que presenta rasgos característicos de la publicidad social y difiere de la publicidad de carácter comercial tal como plantea Orozco (2010).

Para el autor, la publicidad social se centra en persuadir e inducir al espectador en la adopción de determinados hábitos, en este caso, el audiovisual tiene como objetivo la sensibilización y disuasión del público objetivo en la realización de los estudios médicos periódicos tales como la mamografía y el papanicolau.

Cabe destacar que únicamente la publicidad con fines sociales tiene como objetivo la prevención, elemento sobre el cual se enfatiza a lo largo de todo el cortometraje para educar a la población de riesgo sobre la importancia de la misma en el tratamiento del cáncer de mama.

#### 6.3.1 La prevención como lema

El lema de un spot, se define con una frase breve e identificatoria que engloba el contenido de la pieza al que refiere. En este caso resalta la importancia de la prevención como acción clave para disminuir la incidencia y mortalidad del cáncer de mama.

Es así que Ferraz Martínez expone que,

> Los mensajes publicitarios son el resultado de un complejo proceso, puesto que deben tener en cuenta múltiples factores como: los objetivos que se pretenden alcanzar, la situación del mercado, las motivaciones de los receptores, los medios y canales que se van a utilizar". Además agrega que: "En la publicidad contemporánea tiene más peso lo persuasivo que lo informativo, la sugestión emocional que el raciocinio. (1993. p 11)

A partir de la visualización de la pieza, es posible identificar que el mensaje brindado está centrado en la búsqueda permanente de la sensibilización e implicación de un público objetivo. Dicho segmento está compuesto por mujeres preferentemente mayores de 40 años, que son identificadas como población de riesgo a la hora de desarrollar cáncer de mama o cuello uterino.
Mediante el diálogo de los personajes principales (figuras femeninas de entre 40 y 60 años) enmarcado en la sala de espera de un hospital, el discurso generado simula ser una conversación entre amigas.

La comunicación representada tiene como eje las afecciones y consecuencias de no realizarse los estudios correspondientes para la prevención y detección precoz de las enfermedades mencionadas anteriormente.

En el audiovisual se identifica la presencia de la retórica así como ciertas funciones del lenguaje representativas del discurso publicitario.

Como expone Antonio López Eire,

> Los discursos retóricos al igual que los mensajes publicitarios, van dirigidos a la sociedad o a un determinado sector de ella, con lo que el autor de los unos y el de los otros intentan, a través de ellos, entrar en comunicación, o sea en comunicación cognitiva (mediante un proceso informativo) y comunicación fática (mediante el proceso de la persuasión). Con los discursos retóricos y los mensajes publicitarios hacemos algo en los demás: les informamos y los persuadimos a obrar de una determinada manera. (2003, p.36)

Respecto a las funciones del lenguaje expuestas por Roman Jakobson en el acto comunicativo se identifica la función emotiva, cuando el personaje interpretado por Paola Bianco, intenta persuadir a su par para que se realice los estudios médicos

pertenecientes a las pruebas de tamizaje del cáncer de mama y cuello de útero, a través de diversos argumentos.

El personaje busca transmitir un mensaje de carácter informativo (función referencial), el cual está cargado de cierta redundancia, visible claramente en frases de la canción interpretada; “No le temas a la mamografía, no le temas al PAP, prevenir vale más”. Además, se identifican imperativos explícitos relacionados a la función conativa; “No te olvides de ver a tu médico, no te dejes estar”.

En la misma línea, a lo largo de la narración, podemos identificar el uso de la función emotiva, con el objetivo de que el receptor se sienta identificado en la figura de los personajes y la cuidadosa selección de los actores. Cabe destacar que tanto Paola Bianco como Graciela Rodríguez, son figuras mediáticas asociadas a la lucha contra el cáncer de mama en nuestro país, que despiertan la atención del público objetivo y establecen una relación directa.

### 6.3.2. Perfil del público objetivo

La pieza estudiada, apunta a mujeres proclives a desarrollar la enfermedad que se encuentran en la franja etárea entre 40 y 65 años, tienen antecedentes familiares (madre o hermana), no tienen hijos o tuvieron su primer hijo luego de los 30 años, no se alimentan saludablemente ni realizan actividad física además de consumir alcohol.

El audiovisual caracteriza la figura de la mujer a través de dos personajes; uno orientado a una mujer consciente del cuidado de sí misma y otro vinculado a una mujer escéptica, mediante los cuales se busca generar una relación de identificación y cercanía con el público objetivo.

Consultada al respecto, Ariceta menciona que trabajar con actrices conocidas; “Es una de las estrategias para dar cercanía. Aunque nos parezca raro cuando lo consideramos linealmente “las personas se van a sentir más cercanas o representadas por alguien como ellas/no famosos”, esto empíricamente muestra no ser así. Las figuras conocidas generan en las personas una idea de que las conocen personalmente, un aspiracional y una falsa sensación de cercanía”.

Por su parte Guillot afirma que “la presentación de personajes permite que las celebridades que participan ofician de “endorsers” es decir que con su nombre y reputación apoyan a la causa”.

### 6.3.3 Estrategia aplicada en medios

En este apartado nos centraremos en analizar los componentes de la pieza “Prevenir vale más” desde una perspectiva comunicacional realizando un desglose donde se explicará la importancia de la imagen, el sonido, la duración y puesta en escena a partir de la mirada de teóricos del medio audiovisual y profesionales en comunicación publicitaria.

A raíz de la invención del cinematógrafo en el siglo XIX se comienzan a gestar nuevas formas de contar historias, posicionándose el cine como el medio más atractivo e innovador, la publicidad ajena a ignorar este elemento, lo adopta como vehículo para difundir sus propósitos.

De esta manera David Victoroff, teórico audiovisual (1980, p.183) considera que en la publicidad, el rol que ocupa la imagen es indiscutible, por lo cual resulta vital comunicar el objetivo del mensaje desde el primer contacto con el receptor, siendo la imagen el mejor medio para llevar a cabo este fin.

El antropólogo Ricardo Yepes (1993, pp. 24-26) continúa la línea de Victoroff:

> [...] la información visual llega directamente a la sensibilidad y a la afectividad, es mucho más penetrante que la información verbal, más cálida y más inmediata. Se fija intensamente en la sensibilidad. Es más resistente al olvido, menos racional, y por eso puede actuar de modo subliminal e inadvertido. (1993, pp. 24-26)

Ciertamente, los receptores resultan más sensibles al lenguaje audiovisual que al meramente verbal, puesto que el primero se asimila fácilmente, alcanza un impacto súbito, no exige una comprensión conceptual ni obliga al espectador a involucrarse en procesos lentos como la reflexión.

El sonido lo mismo, como menciona el productor cinematográfico Augusto Tamayo:

> El sonido es un elemento valioso que complementa la imagen. El sonido crea la atmósfera de la escena, al igual que la fotografía, el encuadre, el decorado o el actor, no es un mero aditivo funcional para escuchar conversaciones. El sonido tiene una dimensión expresiva elaborada generalmente en la postproducción. (2010, p. 120)

En este caso, el sonido refuerza la dimensión expresiva al incorporar un fragmento musical destinado a profundizar el mensaje del audiovisual.
Consultada al respecto, Ariceta opina que; “Si el efecto es recordación, si, porque es un poco disfuncional y genera recordación. Si el efecto es lograr una sensibilización y acción sobre el tema, creo que no”.

En relación a la puesta en escena, la narración se desarrolla en la sala de espera de un hospital, donde se produce el encuentro de los personajes, percibimos que la elección de la locación busca representar una escena cotidiana y descontracturada, similar a una situación que puede desarrollarse fuera de la ficción.

Desde una clasificación audiovisual, la pieza analizada no puede ser considerada un spot publicitario ya que excede los 45 segundos establecidos de pauta.

Cuadro 5. Clasificación cinematográfica según duración

| | |
|---|---|
| Cortometrajes | Inferiores a 30 minutos |
| Mediometrajes | Comprendidos entre 30 y 60 minutos |
| Largometrajes | Superiores a 60 minutos |

Fuente: Elaboración propia basada en datos de *The American Film Institute*

De acuerdo al cuadro 5, la pieza analizada puede ser considerada un cortometraje debido a que su duración no sobrepasa los 30 minutos.

Según Guillot, el audiovisual no puede denominarse una pieza publicitaria:

> A mi juicio, es un material de difusión que tiene por objetivo promover la realización de estudios, naturalizar el tema del cáncer para de ese modo lograr más interacción de la ciudadanía con prácticas preventivas. Creo que la vehiculización de este material se produce en redes y canales digitales. No es una pieza para pautar en TV.

Es así que al planificar una estrategia de difusión la pieza se podría pauta únicamente en formatos digitales. El cortometraje por su extensa duración puede ser incorporado de forma orgánica a las plataformas de LinkedIn, Youtube, Instagram IGTV y Facebook, según se aprecia en el siguiente cuadro.

Cuadro 6: Principales canales de comunicación para implementar formato vídeo.

| Soporte | Duración máxima | Duración recomendada |
|---|---|---|
| Instagram - Story | 15 segundos | 15 segundos |
| Instagram - Feed | 60 segundos | 60 segundos |
| Twitter | 2 minutos, 20 segundos | 45 segundos |
| WhatsApp | 3 minutos | 1 minuto, 30 segundos |
| Instagram - IGTV | 60 minutos | 2 minutos |
| LinkedIn | 10 minutos | 5 minutos |
| Facebook | 4 horas | 1 minuto |
| YouTube | 12 horas | 2 minutos |

Fuente: Elaboración propia.

Desde una perspectiva estratégica y comunicacional, no es una práctica recomendada elaborar un audiovisual con una duración de 6 minutos, ya que no puede ser promocionado en ningún soporte digital o medio tradicional. El alcance e interacción que obtenga de forma orgánica será menor considerando que en la

actualidad, los usuarios tienden a consumir videos con una duración menor a dos minutos.

Tal como nos informó la Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer los cortometrajes pertenecientes a la campaña “La vida está ganando” fueron pautados en pantallas ubicadas en diferentes centros asistenciales adaptados con subtítulos, además de seleccionarse tres cortometrajes sintetizados para transmitirse por televisión en espacios cedidos dentro de programas del medio.

Actualmente los cortometrajes se encuentran subidos en el canal de Youtube de la organización pero no están presentes en sus redes sociales.

En síntesis, el audiovisual “Prevenir vale más” está dirigido a un sector de la población uruguaya proclive al desarrollo del cáncer de mama y cuello uterino.

A través de la representación de una situación cotidiana, el objetivo de la pieza es sensibilizar y educar sobre la importancia de la realización de estudios periódicos, con el objetivo de prevenir y diagnosticar precozmente dichas enfermedades.

Teniendo en cuenta el arquetipo del público objetivo y su consumo en medios, consideramos que la estrategia de implementación del audiovisual fue errónea debido a que ignora soportes digitales masivos así como medios de comunicación tradicionales, canales fundamentales para la difusión del mensaje.

## 7.Conclusiones

Esta investigación tuvo como objetivo general analizar si las prácticas de comunicación de la Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer contribuyen o no a fortalecer el grado de efectividad del mensaje en la prevención y detección temprana del cáncer de mama en Uruguay.

Para ello se consideró como objeto de estudio el audiovisual “Prevenir vale más” (2016) con la finalidad de observar:

a) el rol de la Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer en la comunicación de la problemática del cáncer de mama en nuestro país,
b) el grado (alto, medio, bajo) de efectividad del mensaje desde la perspectiva de profesionales médicos y su relación con los lineamientos expuestos por la OMS,
c) el contenido de la pieza bajo la mirada de profesionales de la comunicación publicitaria.

Los principales hallazgos del análisis indican que en el período comprendido de 2010 a 2016, Uruguay ha priorizado la inversión presupuestal en salud pública así como la implementación de políticas públicas orientadas a disminuir la desigualdad en el acceso a servicios sanitarios de calidad. En relación a la problemática, a través del desarrollo de la ley N° 17.242 como la ley N° 16.097 y el Decreto N° 571/006, Uruguay sentó un precedente en la lucha contra el cáncer de mama.

En una primera instancia, la entrevista en profundidad a Bibiana Sologaistoa nos permitió comprender el rol de la Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer como un organismo referente a nivel nacional en la promoción, sensibilización y educación de la población uruguaya, así como su asesoramiento en el diseño de políticas públicas vinculadas al cáncer.

En una segunda instancia, los datos que se obtuvieron en el presente trabajo de grado, producto de la entrevista con los oncólogos Álvaro Vázquez y Luis Ubillos, muestran que si bien la información es acertada, puede llegar a ser confusa para el espectador al utilizar el concepto “cánceres de la mujer” para hacer referencia al

cáncer de mama como cuello uterino.

El análisis del grado de efectividad del mensaje situó el audiovisual “Prevenir vale más” como grado medio. Tal resultado se sostiene en, por un lado, la utilización de información acertada respecto a la problemática, la correcta elección de las actrices de acuerdo a su reconocimiento mediático e involucramiento con la causa así como la comunicación de las prácticas de detección temprana de la enfermedad. Por otra parte, se concluyó una notoria carencia en la comunicación de las prácticas de prevención así como la utilización de conceptos poco acertados que resultan confusos para el espectador.

De acuerdo a los lineamientos expuestos por la Organización Mundial de la Salud, el presente audiovisual únicamente contempla los principios de credibilidad y factibilidad en su comunicación. De esta forma, se ignoran aquellos vinculados a la accesibilidad, pertinencia y fácil comprensión, elementos claves en la elaboración de una comunicación en salud eficaz.
De tal análisis se desprende también que el cortometraje únicamente se limita a persuadir en la adopción de nuevos hábitos pero falla al generar un involucramiento con la comunidad respecto a la problemática, tal como se aspira en el paradigma de la comunicación para el cambio social.

En una tercera instancia, se obtuvieron datos claves para el análisis del contenido del audiovisual a partir de la realización de entrevistas en profundidad a Milena Guillot y Fernanda Ariceta, profesionales de la comunicación publicitaria.

Desde una perspectiva publicitaria, el cortometraje se enmarca en la publicidad social ya que responde a “causas concretas de interés social” (Alvarado López, 2012). Se identifica que el mensaje audiovisual se centra en la persuasión y apela a la sugestión emocional del espectador en la realización de la mamografía y el papanicolau. El uso de la función conativa del lenguaje (Jakobson) se ve reflejada en frases tales como; “No te olvides de ver a tu médico”, que refuerza el carácter imperativo del mensaje. Por otra parte, el uso de la función emotiva apela a proyectar un vínculo de identificación y cercanía con el público objetivo, mediante la representación de dos estereotipos con rasgos característicos de la población femenina uruguaya.

En relación a la estrategia de comunicación, Victoroff (1980) destaca la importancia de comunicar el objetivo del mensaje desde el primer contacto con el receptor, en el caso del cortometraje analizado, esta variable no se cumple ya que se incluye una introducción de 15 segundos donde se presentan los personajes de la campaña “La vida está ganando”.

La utilización del formato audiovisual es acertada, la imagen penetra de forma inmediata y no le exige un esfuerzo al espectador para comprender el mensaje. La adición del sonido en la pieza como un fragmento musical es efectiva al reforzar el efecto de recordación.

En relación a la estrategia aplicada en medios, el audiovisual no puede ser considerado un spot publicitario, su duración prolongada limita su alcance e implementación tanto en medios tradicionales como digitales. Además de no ser considerado un contenido atractivo para la audiencia digital por tener una duración mayor a dos minutos.

Desde una perspectiva comunicacional, la estrategia de implementación en medios fue errónea, el audiovisual no resulta accesible ni está presente en los canales consumidos de forma frecuente por el público objetivo.

Finalmente, concluimos que la pieza no contribuye a fortalecer las prácticas de prevención y detección precoz del cáncer de mama en Uruguay.
Si bien la Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer cuenta con una trayectoria de más de veinte años de trabajo sobre la problemática del cáncer de mama en Uruguay, la incidencia de la enfermedad desde el 2002 al 2016 se mantuvo estable, reflejándose un descenso del 1% de la mortalidad en el período comprendido entre 1990 al 2017.

De las cifras se podría deducir una carencia en el abordaje y la comunicación de las prácticas de prevención del cáncer de mama. Pese a que el organismo tiene identificado el perfil clínico de la población propensa a desarrollar la enfermedad, no logra diseñar una campaña de comunicación que despierte el interés en la problemática. El audiovisual no genera un involucramiento de la comunidad ni alienta

al debate sobre la problemática, tal como se indica en el paradigma de la comunicación para el cambio social.

El audiovisual presenta carencias en la comunicación de información clara y precisa, ignora las prácticas de prevención centrándose únicamente en la de detección precoz y falla en la correcta distribución en medios.

Por último, el análisis de la estrategia comunicacional de la Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer para abordar la problemática del cáncer de mama en nuestro país, podría constituirse como un insumo relevante para el conocimiento en el área de la comunicación en salud en Uruguay.

## 8. Referencias

### 8.1 Bibliografía


Aarva, P., Haes, W. y Visser A. (1997). “Investigación en comunicación sanitaria”. En Revista *Educación y asesoramiento para pacientes*, 30, 1-5. Trad. Propia.

Alvarado López, M. C. (2012). “La publicidad social: concepto, objeto y objetivos”. En *Revista de Estudios para el Desarrollo Social de la Comunicación* N° 2, España, pp. 265-284.

Bardin, L. (1986). *Análisis de contenido*. España, Ed. Akal.

Cea D'Ancona, M. A. (1996). *Metodología Cualitativa: estrategias y técnicas de investigación social*. Barcelona, Ed. Síntesis Sociología.

Corbetta, P. (2007). *Metodología y técnicas de investigación social*. España, Ed. Mc Graw Hill.

Ferraz Martínez, A. (1993). *El lenguaje de la publicidad*. Madrid, Ed. Arcos Libros.

García del Castillo, J. A. *et al*. (2014). “La publicidad comercial y la publicidad social en el contexto de salud”. En Caldevilla (ed.), *Lenguajes y persuasión. Nuevas creaciones narrativas*. Madrid, Ed. Visión Libros.

Gumucio-Dagron, A. (2001). *Haciendo olas: historias de comunicación participativa para el cambio social*. Informe Fundación Rockefeller, Departamento de Comunicación. Nueva York, Estados Unidos. Trad. Alfonso Gumucio-Dagron.

Gumucio-Dagron, A. (2004). “El cuarto mosquetero: la comunicación para el cambio social”. Revista *Investigación y desarrollo*, 12 (1), Barranquilla, Colombia, pp. 2-23. Trad. Alfonso Gumucio-Dagron.

Hall, Ingrid *et al*. (2012). “Campaña de mujeres y medios de comunicación de los afroamericanos: un proyecto de detección del cáncer de mama (DCM)”. En *Revista de salud de la mujer*, 21(11), pp. 107-133. Macon, Georgia (USA). Trad. propia

Jakobson, R. ([1958] 1981). *Lingüística y Poética*. [Ponencia] Ed. Cátedra. Trad. Fernando Mesías.

Orozco, J. (2010). “Comunicación estratégica para campañas de publicidad social. Pensar la Publicidad”. En *Revista internacional de investigaciones publicitarias*, Vol. 4 N° 2, pp. 160-190. Recuperado de

https://revistas.ucm.es/index.php/PEPU/article/view/PEPU1010220169A Consulta: julio/2020.

Ortí, A. (1998). “Investigación social”. En *Diccionario de Sociología*. Madrid, Ed. Alianza.

Pérez, R. (2006). “Estrategias de comunicación para el cambio social”. En *FISEC-Estrategias*, 2 (3), Madrid, pp. 3-18.

Porto, María Gabriela (2013). “Cáncer de mama y campañas de comunicación preventiva: ¿éxito o fracaso?” [Tesis de licenciatura] Facultad de Ciencias de la Educación y la Comunicación Social, Universidad del Salvador, Buenos Aires, Argentina.

Ratzan, S. (1994). “Comunicación en salud: retos del siglo XXI”. Revista *Difusión de la investigación*, Valencia, Nro. 88, pp. 224-230.

Rodríguez, A., Moreno, M. y Cardozo, Y. (2006). “Modelo de comunicación desde una perspectiva social orientado a la actividad física”. En *Revista de Salud Pública*, 8 (Supl. 2), Bogotá, Colombia, pp. 81-93.

Tamayo, A. (2010). “Los iniciadores”. En Tsang y Ruiz (eds.) *Confesiones fílmicas*. Lima, Ed. Solar. pp. 115-122.

Toquica, A., Cuéllar, D. y Chávez, D. (2015). Estrategias de comunicación para vincular a la comunidad a programas de detección temprana de cáncer de mama. Revista MED.UIS.

Victoroff, D. (1980). *La publicidad y la imagen*. Barcelona, Ed. Gustavo Gilli.

Wynn, P. y Money, A. (2009). "Investigación cualitativa y Medicina del Trabajo". En *Ocupacional Medicina*, 59, pp. 138-139. Traducción propia.

Yepes Stork, R. (1993) *Entender el mundo de hoy. Cartas a un joven estudiante*. Madrid, Ed. Rialp.

Young, P. V. (1969). “Métodos científicos de investigación social. Introducción a los fundamentos, contenido, método, principios y análisis de las investigaciones sociales”. Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Zepeda Iniesta, Elizabeth (2014). “Publicidad y salud: reflexiones en torno a la campaña de detección temprana del cáncer de mama”. [Tesis de licenciatura] Repositorio institucional de la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEM).

## 8.2 Organismos

Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer (2020). Educación Poblacional. Recuperado de: https://www.comisioncancer.org.uy/Institucional/Educacion-poblacional-uc202

Ministerio de Salud Pública (31 de enero de 2018) Día Mundial del Cáncer. Recuperado de: https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/dia-mundial-contra-el-cancer Consulta: julio/201

Ministerio de Salud Pública (15 de septiembre de 2017) Iniciativa Desafío Ciudades contra el Cáncer destaca a Uruguay como referente en la lucha contra esta enfermedad. Recuperado de: https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/iniciativa-desafio-ciudades-contra-el-cancer-destaca-uruguay-como-referente Consulta: septiembre/ 2018

Observatorio Uruguayo de Políticas Públicas (2013). “El Observatorio Uruguay de Políticas Públicas es una herramienta para la reflexión crítica". Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP). Presidencia de la Nación, Uruguay, 17/abril, parr. 3. En https://www.presidencia.gub.uy/Comunicacion/comunicacionNoticias/observatorio-uruguay-politicas-publicas Consulta: agosto/2019

Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Documentos básicos, suplemento de la 45a edición, octubre. Recuperado de https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf Consulta: marzo/2019

Organización Mundial de la Salud (2017). “Marco estratégico para las comunicaciones eficaces”. En https://www.who.int/about/what-we-do/strategic-communications-framework/es/ Consulta: marzo/2020

Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2001). *Manual de comunicación para programas de promoción de la salud de los adolescentes*. Recuperado de https://www.paho.org/spanish/hpp/hpf/adol/comsocial.pdf

Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2002). “La Salud pública en las Américas. Nuevos Conceptos, análisis de desempeño y bases para la acción”. Washington, DC. Publicación Científica y Técnica Nro. 589. ISBN 9275 315892. Recuperado de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=4036:salud-publica-en-americas-nuevos-conceptos-analisis-desempeno-bases-para-accion&Itemid=2080&lang=es Consulta: agosto/2019.

Registro Nacional del Cáncer (2020) Situación epidemiológica del Uruguay. Informe quinquenio 2011-2015. https://www.comisioncancer.org.uy/Ocultas/Situacion-Epidemiologica-del-Uruguay-en-relacion-al-Cancer--Mayo-2020-uc108 Consulta: junio/2020

## 8.3 Material normativo

Decreto N° 571/006 Carné de salud. 19/dic/2006. En https://www.impo.com.uy/bases/decretos/571-2006/2

Ley N° 16.097 de interés nacional de lucha contra el cáncer. 17/nov/1989. En https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp3177218.htm

Ley N° 17.242 de prevención de cánceres genito mamarios. 20/jun/2000. En https://www.impo.com.uy/bases/leyes/17242-2000

## 9. Anexos

## 9.1 Derecho a la salud: perspectiva nacional e internacional

Los derechos humanos se caracterizan por constituirse como derechos inherentes al individuo, sin distinción alguna en relación a cualquier condición (nacionalidad, sexo, raza, religión, lengua). Son interdependientes, interrelacionados e indivisibles.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud es definida como un estado de bienestar, tanto a nivel físico como mental, del individuo y de la sociedad. Está definición reconoce el carácter de fomento y protección de la salud, observando el objeto desde una perspectiva integradora.

De acuerdo al artículo N°44 de la Constitución de la República Oriental del Uruguay, se reconoce la obligación del Estado a legislar en cuestiones relacionadas a la salud y el bienestar de los ciudadanos uruguayos: "El Estado legislará en todas las cuestiones relacionadas con la salud e higiene públicas, procurando el perfeccionamiento físico, moral y social de todos los habitantes del país". (...) "El Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y de asistencia tan sólo a los indigentes o carentes de recursos suficientes". Además se indica que todos los individuos tienen el deber de cuidar de su salud; "Todos los habitantes tienen el deber de cuidar su salud, así como el de asistir en caso de enfermedad".

De acuerdo al artículo N° 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos se contempla el derecho a la salud en los siguientes términos: "*Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad."*

La constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), reconoce la responsabilidad estatal de velar por la salud de los ciudadanos tal como se indica a continuación; *"Los gobiernos tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos, la cual sólo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas".*

Según lo recopilado por María Paula Garat [3] a través del tratamiento del derecho a la salud en la jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, la salud se incluye como un derecho contemplado dentro de los derechos económicos, sociales y culturales, inherentes a la personalidad humana y derivada del concepto de dignidad sobre el cual se nutre todo derecho considerado fundamental y cuyo cumplimiento debe ser atendido y tutelado por los tribunales jurisdiccionales.

A su vez representa una serie de acciones tendientes al logro de su significación: sano desarrollo, aspectos de higiene y medioambientales, asistencia, control y servicios médicos apropiados, acceso a medidas adecuadas de prevención y tratamiento de enfermedades.

El derecho a la salud concluye que todos los sujetos tienen derecho a vivir en un ambiente preventivo que asegure el sano desarrollo del individuo, el acceso a servicios médicos que permitan la realización de controles, prevenciones y tratamientos de acuerdo a los estándares exigidos.

Por tanto, la realización de políticas públicas y la efectiva tutela del derecho a la salud suponen un gasto para la hacienda pública, sin embargo, esto ocurre en igual medida con todos los derechos catalogados como fundamentales [4].

Dicho rasgo no traza una división entre los derechos considerados como primarios frente a los secundarios, que implique la garantía de unos sobre otros, sino que la temática económica se encuentra inmersa en la salvaguarda de todos los derechos, siendo un fin estatal primordial y que da concepto al propio estado de derecho.

No se discute la operatividad del derecho a la salud, tanto la Corte Interamericana de Derechos Humanos como el Tribunal Europeo de Derechos Humanos se han

[3] Garat, María Paula (2015) El tratamiento del derecho a la salud en la jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos. Revista de Derecho: Publicación de la Facultad de Derecho de la Universidad Católica de Uruguay.

[4] Holmes, S. Sunstein C.R. (2011) El costo de los derechos. Por qué la libertad depende de los impuestos. Estudios Constitucionales, Año 9, Nº 2, páginas. 805 - 812.

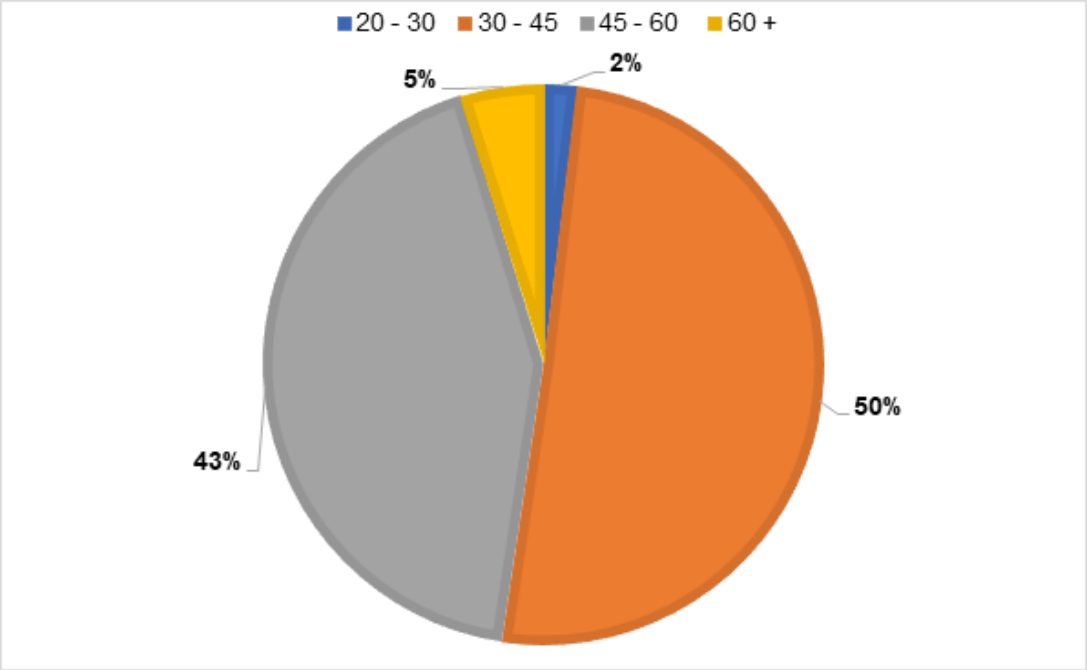
pronunciado respecto a la independencia y exigibilidad de los derechos civiles y políticos, económicos, sociales y culturales.

En suma, este derecho se encuentra reconocido en diversos instrumentos internacionales así como en la constitución y normativa interna de los Estados, estando éstos obligados a su correcta tutela.

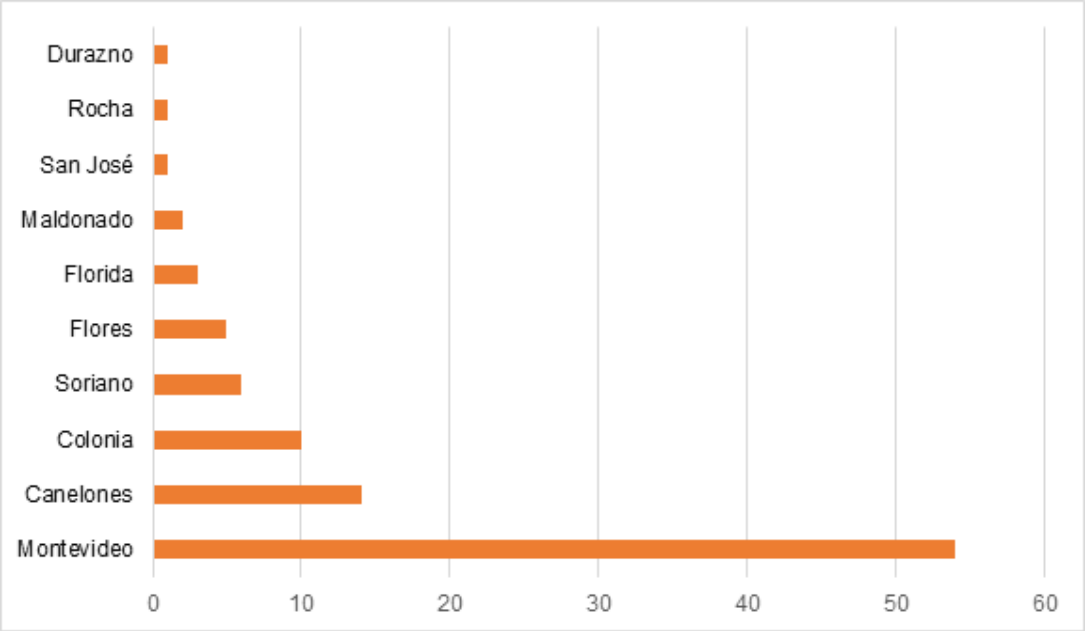
## 9.2 Encuesta exploratoria sobre el cáncer de mama en Uruguay

La siguiente encuesta realizada en 2018 es de carácter cuantitativo y exploratorio, consiste en una muestra de 102 respuestas que no representan el universo de personas con cáncer de mama en Uruguay. La encuesta fue difundida a través de redes sociales y estuvo dirigida a mujeres uruguayas que padecieron la enfermedad.

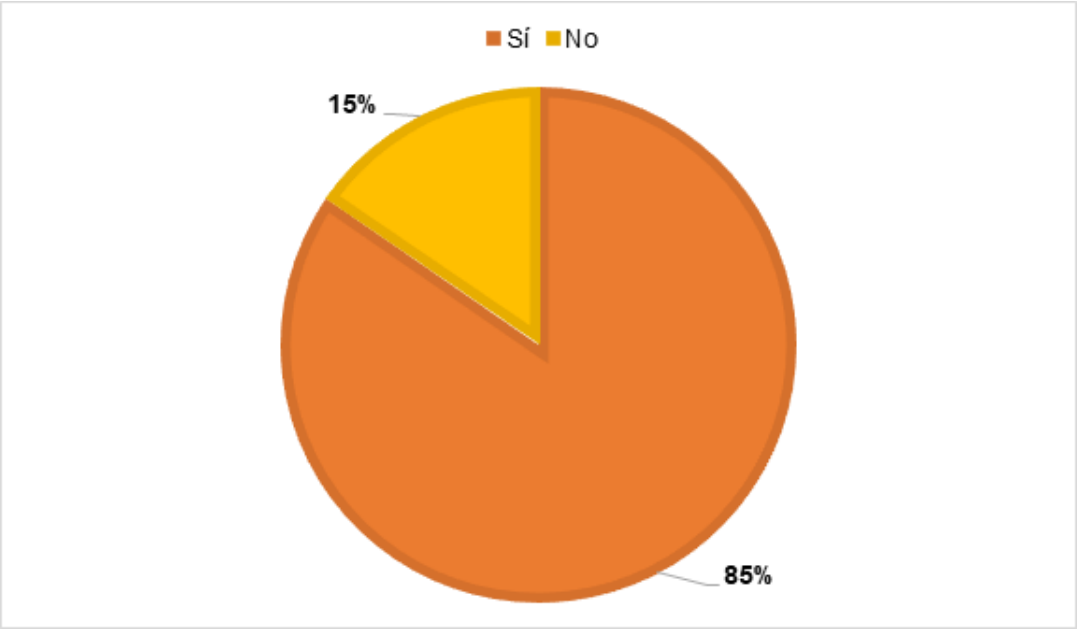
1. ¿Qué edad tenía usted al momento de padecer la enfermedad?



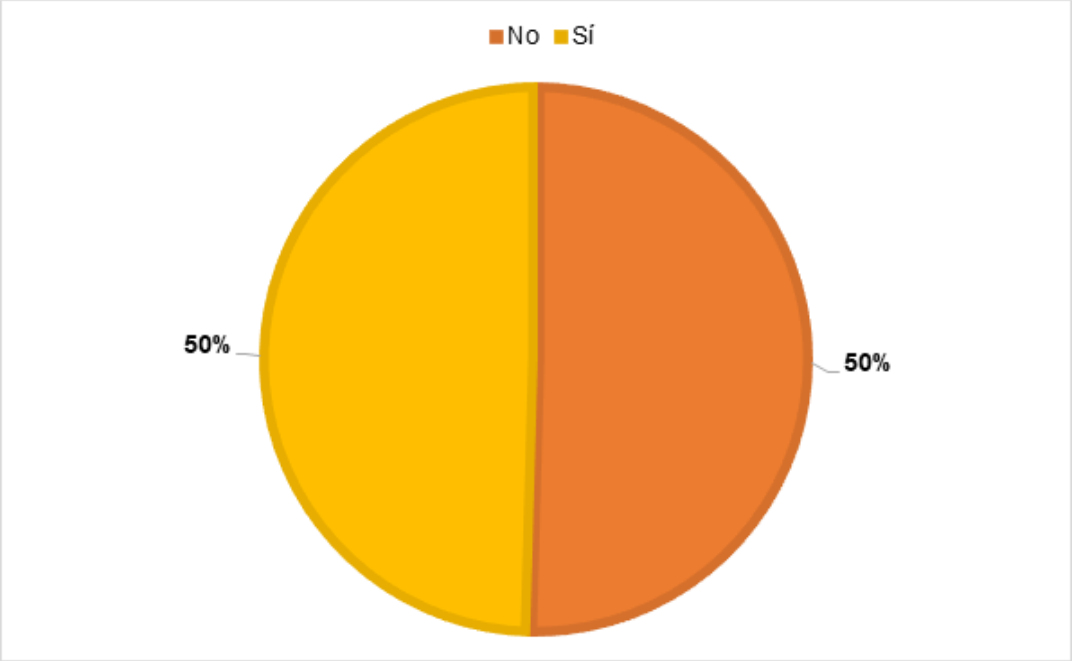

2. ¿En qué departamento residía al momento de transitar la enfermedad?



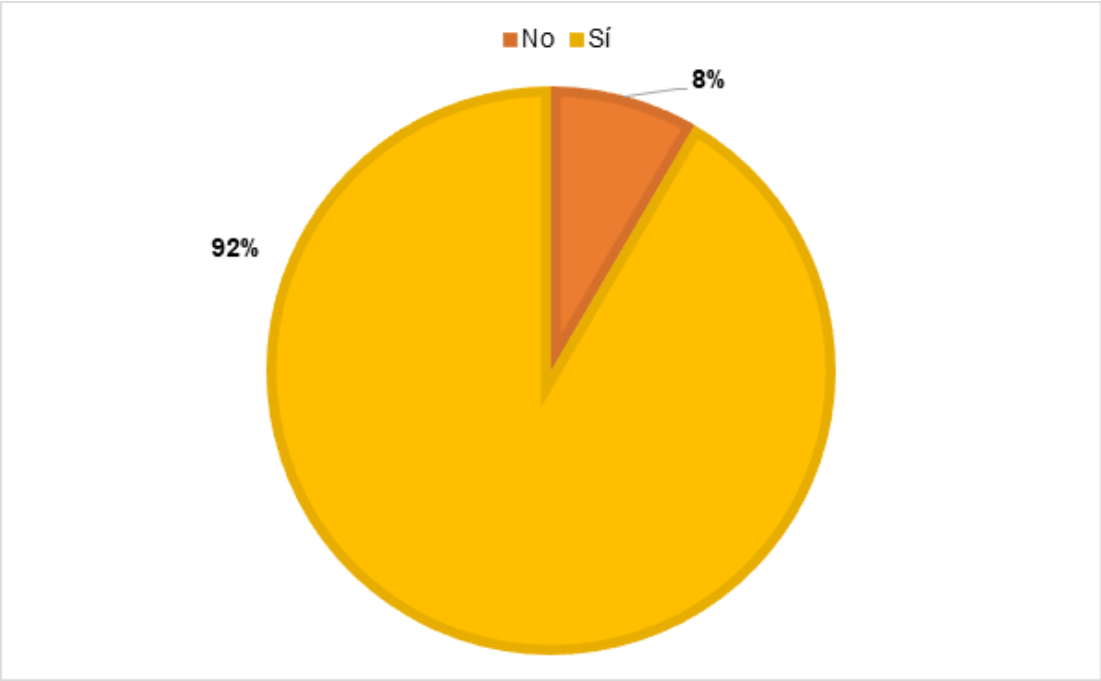
3. ¿Usted tiene hijos?



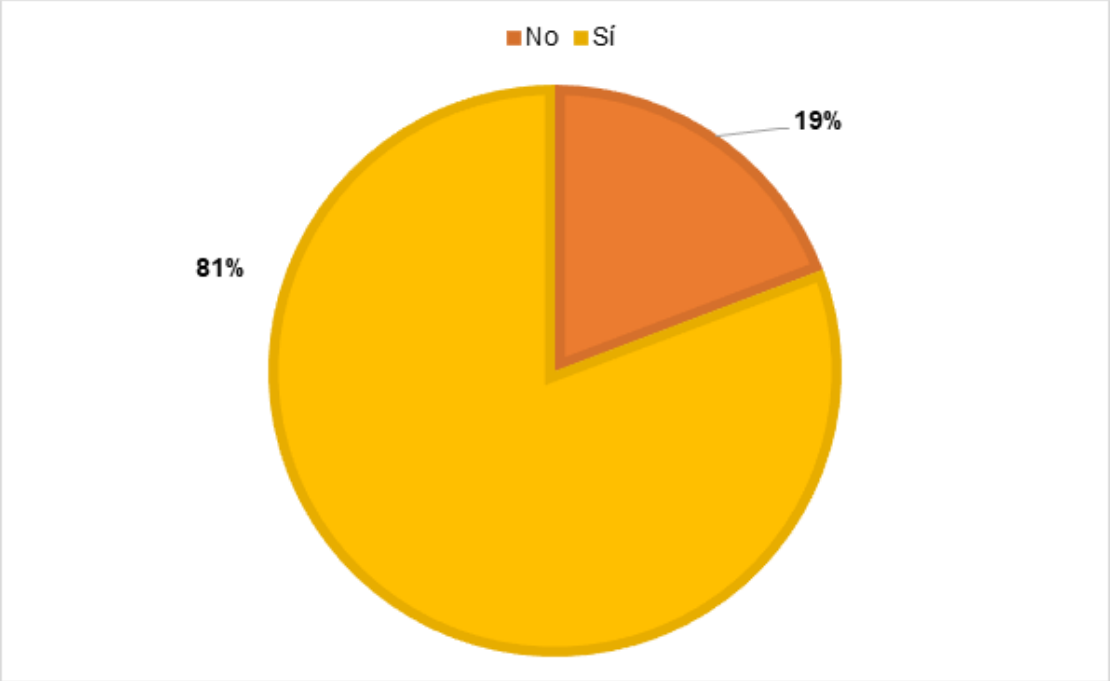

4. ¿En su familia existen casos de cáncer de mama?



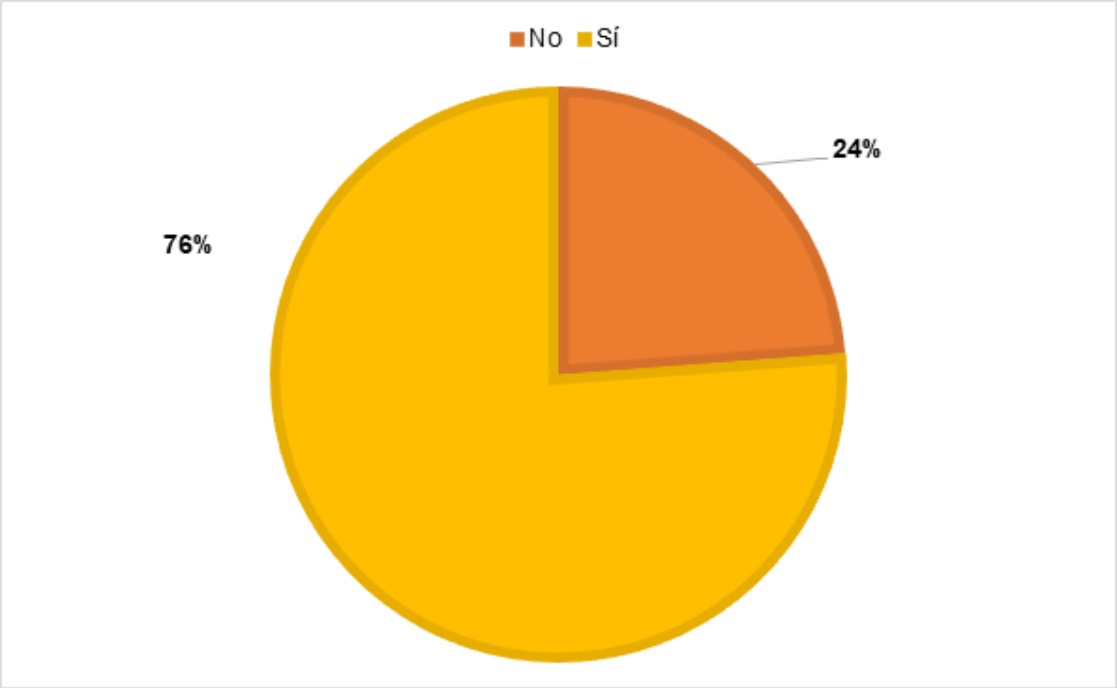
5. ¿Considera que antes de desarrollar la enfermedad, experimentó situaciones que le alteraron emocionalmente tales como angustia o estrés?



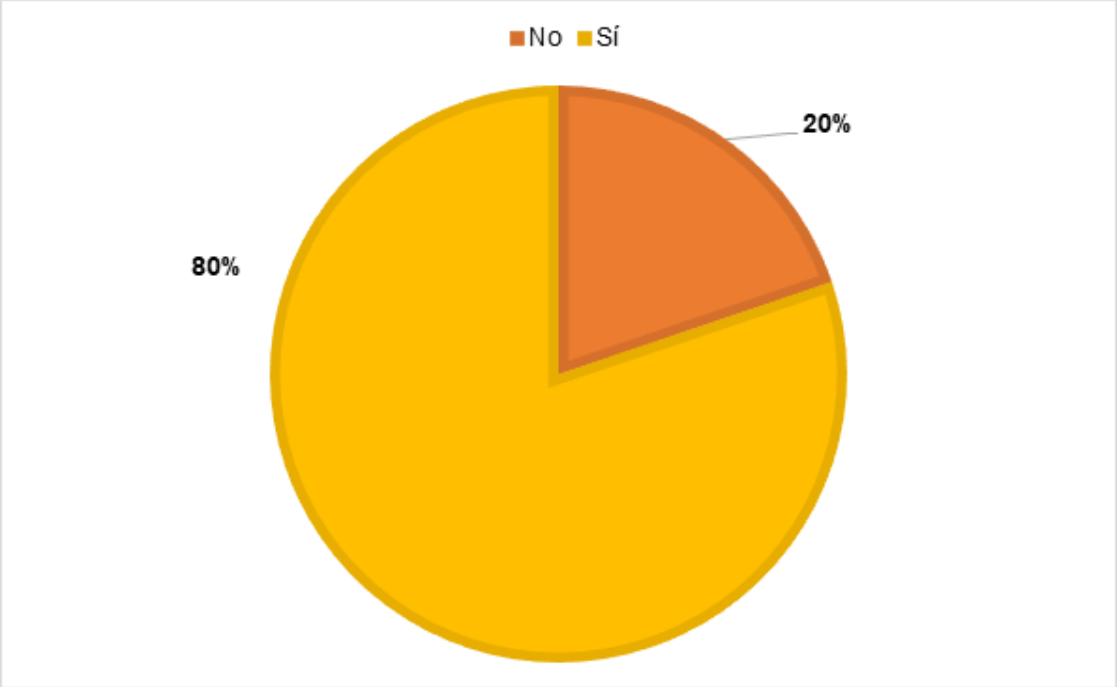

6. ¿Usted se encontraba en actividad laboral?



7. Antes de padecer la enfermedad, ¿estaba informada sobre su prevención y tratamiento?




8. ¿Considera que su prestador de salud le informó correctamente acerca del proceso de la enfermedad (diagnóstico, tratamiento y recuperación)?



**9.3 Entrevista a María Fernanda Ariceta** (16 de mayo de 2020)

- ¿Qué rol ocupa actualmente en el ámbito publicitario?

- Dirijo una agencia de publicidad, una agencia de sustentabilidad y un estudio de educación no formal.

- ¿Cuántos años hace que se desempeña como comunicadora?

- Comencé en *El Observador* en 1995 (25 años).

- ¿Ha trabajado en campañas con fines sociales?

- Si.

- ¿De qué se trataba la campaña?

- He trabajado en muchísimas campañas sociales en distintas etapas. Los temas para los que he trabajado más han sido infancia (y muchos temas asociados, alimentación protección, etc.) y género, pero realmente he trabajado en muchísimas campañas de todo tipo de temas.

- ¿Cuáles eran los objetivos del anunciante?

- Diversos. A veces es informar buscando cambiar un hábito, a veces es informar buscando una acción concreta, a veces lograr aportes monetarios (*fundraising*), otras veces sensibilizar para predisponer a mensajes y cambiar opiniones.

- ¿En qué medios fue pautada?

- Variadisimo, desde campañas con mix de medios tradicionales hasta acciones que han sido generar un kit de información que se entrega directamente a las personas (como marketing relacional)

- ¿Cumplió los objetivos estipulados?

- A veces es claro que sí; a veces los resultados son por definición imposibles de medir en el corto plazo ( o no es imposible pero no era parte del proyecto o no estaban los recursos para relevar resultados)

- ¿Tuvo una buena recepción por parte del público?

- A veces sí, a veces no.

- ¿Considera importante que en Uruguay se realice publicidad de carácter social?

- Si, por supuesto.

- ¿Ha trabajado anteriormente con la Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer?

- No, para ellos no.

En 2016, la Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer desarrolla la campaña "La vida está ganando", orientada a fomentar la adquisición de hábitos saludables y la realización de controles médicos periódicos en la población uruguaya.

Para el presente trabajo se analizará el spot "Prevenir vale más": https://youtu.be/gUqF6ArLLVk

- Como profesional de la comunicación publicitaria, ¿considera recomendable la duración del spot?

- Depende donde se emita, con qué objetivo y para qué público fue pensado. Para redes sociales es demasiado largo y en un código que probablemente no funcione, quizás en una pauta en cine o como contenido en sí mismo en tv puede funcionar, en particular con un público de mayor edad.

La elección de las actrices, ¿fomenta el vínculo de cercanía y reconocimiento con el público objetivo?

- Suponiendo que el público objetivo se componga de mujeres de todos los NSE, de 35 años y más como foco, creo que actrices conocidas es una de las estrategias para dar cercanía. Aunque nos parezca raro cuando lo consideramos linealmente “las personas se van a sentir más cercanas o representadas por alguien como ellas/no famosos”, esto empíricamente muestra no ser así. Las figuras conocidas generan en las personas una idea de que las conocen personalmente, un aspiracional y una falsa sensación de cercanía.

- Considerando el público objetivo, ¿el tono y el mensaje del spot es el adecuado?

- Hay una elección de un recurso dramatúrgico que es coherente en el guión, y que repito podría ser útil en un entorno de información y/o de público cautivo. El tono es también una elección. Este tema puede ser abordado en muchos tonos (más informativo, más serio, de alarma o miedo, más de intimidad, etc.). Personalmente no me parece el más apropiado pero no deja de ser una elección para un vehículo determinado.

- Incorporar una introducción con la presentación de actores, ¿es un recurso recomendado?

- Es coherente con el formato y el recurso seleccionado. Es un código teatral y funciona en la construcción del vehículo.

- ¿Cuál cree que fue el criterio para elegir a estas actrices?

- Son amigas de quienes idearon el guión, se prestaban a trabajar de forma honoraria o casi honoraria, tienen la edad “correcta”.

- ¿Considera que incorporar un fragmento musical genera que el spot tenga un mayor efecto sobre el receptor?

- Si el efecto es recordación, sí, porque es un poco disfuncional y genera recordación. Si el efecto es lograr una sensibilización y acción sobre el tema, creo que no.

- A su criterio, ¿el spot cumple con la función de influenciar a su público objetivo en la problemática del cáncer de mama?

- Si influenciar es lograr una mayor consulta y realización de estudios, creo que por más que me parezca que se puede hacer de 40 formas mucho mejor, creo que sí, pautado en el lugar indicado podría generar en mujeres de un target particular una conciencia mayor sobre el tema.

- Desde una perspectiva comunicacional, ¿le parece acertado involucrar el concepto de “cánceres de la mujer” para referirse al cáncer de mama y de cuello uterino?

- No, un horror por donde se lo mire.

- ¿Considera acertado que la pieza se desarrolle en la sala de espera de un hospital en el marco de una conversación casual?

- Es una decisión del vehículo, coherente en su formato y en la intención. Por ejemplo: si lo que se detecta es que las mujeres alegan “no tener tiempo”, el spot muestra que la mujer ya está allí y que su tiempo no está siendo utilizado en algo tan importante.

**9.3 Entrevista a la comunicadora Milena Guillot** (08 de agosto de 2020)

- ¿Qué rol ocupa actualmente en el ámbito publicitario?

- Directora General de Cuentas y Planificación Estratégica en Amén S.A. Docente de Planificación Estratégica en 3er año Licenciatura en Comunicación, Universidad Católica del Uruguay.

- ¿Cuántos años hace se desempeña como comunicadora?

- Treinta

- ¿Ha trabajado en campañas con fines sociales?

- En muchas oportunidades.

- ¿De qué se trataba la campaña?

- ONU Mujeres: violencia de género, Campañas: "Todos somos mujer" "Obituarios de género".

Intendencia Municipal de Montevideo: Acoso "Montevideo te habla", Ministerio de Salud Pública: Prevención de dengue "Pica el Aedes"

- ¿Cuáles eran los objetivos del anunciante?

- En todos los casos, generar conciencia, ocupar un lugar importante en la agenda de discusión pública, educar.

- ¿En qué medios fue pautada?

- En televisión, radio, redes, vía pública, prensa. Depende de la campaña. Hay más de una.

- ¿Cumplió los objetivos estipulados?

- En todos los casos, sí.

- ¿Tuvo una buena recepción por parte del público?

- En todos los casos, sí.

- ¿Considera importante que se realice en Uruguay publicidad de carácter social?

- La publicidad es una actividad con fines comerciales, que no se inscribe exactamente en la práctica de comunicación de carácter social. Considero más correcto usar la expresión “comunicación de bien público” o el sustantivo “propaganda”, para referirnos a esta disciplina que utiliza todos los elementos técnicos de la publicidad, pero con fines que no son comerciales.

En ese sentido hablaremos de ciudadanos en lugar de consumidores, en el documento *brief* que se prepara para el trabajo estratégico tendremos en cuenta otros objetivos, que no serán objetivos de marketing en sí mismos sino objetivos de comunicación cuantificables en notoriedad, cambio de conducta, discusión pública de un tema, presión de las fuerzas vivas sobre las autoridades para entrar en agenda (es el caso de la violencia de género por ejemplo).

- ¿Ha trabajado anteriormente con la Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer?

- No

En 2016, la Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer desarrolla la campaña “La vida está ganando”, orientada a fomentar la adquisición de hábitos saludables así como la realización de controles médicos periódicos en la población uruguaya.

Para el presente trabajo se analizará el spot “Prevenir vale más”.

A partir de la visualización del vídeo:

- Como profesional de la comunicación publicitaria, ¿considera recomendable la duración del presente spot?

- De hecho es una pieza que -como expliqué antes- no puede denominarse publicitaria. Es a mi juicio un material de difusión, que tiene por objetivo promover la realización de estudios, naturalizar el tema del cáncer para de ese modo lograr más interacción de la ciudadanía con prácticas preventivas. Creo que la vehiculización de este material se produce en redes y canales digitales. No es una pieza para pautar en TV.

- La elección de las actrices, ¿fomenta el vínculo de cercanía y reconocimiento con el público objetivo?

- Probablemente sí. Son actrices muy populares.

- Considerando el público objetivo, (mujeres …) ¿el tono y el mensaje del spot es el adecuado?

- Sí, el tono es adecuado. El punto es que es una pieza con textos y lenguaje muy cercanos al teatro (el autor del guión, además de publicista, es un dramaturgo muy prestigioso del medio uruguayo). No es un aviso con formato de aviso de televisión, por su duración. Es un micro cortometraje.

- Incorporar una introducción de la pieza con presentación de actores, ¿es un recurso recomendado?

- Asumo que la presentación de personajes con el nombre de los actores es una metonimia (la parte por el todo), es decir que da la pauta de que es un teleteatro, donde hay otros personajes y situaciones, aunque lo que vamos a ver es un *scketch* en particular, el de las dos actrices que dialogan sobre el cáncer de mama. A su vez, esta presentación de personajes permite que las celebridades que participan ofician de “endorsers” es decir que con su nombre y reputación apoyan a la causa.

- ¿Cuál cree que fue el criterio para elegir a estas actrices?

- Su popularidad, y en el caso de Paola Bianco, sus habilidades corales y de baile.

- ¿Considera que incorporar un fragmento musical genera que el spot tenga un mayor efecto sobre el receptor?

- De nuevo, no lo considero un spot. Es una pieza que admite el musical, tiene lenguaje musical de teatro, es un micromusical en todo caso.

- A su criterio, ¿el spot cumple con la función de influenciar a su público objetivo en la problemática del cáncer de mama?

- Si, en el segmento de mujeres de 30 a 80 años especialmente (no por la edad de las actrices, sino por el tipo de producto que es este cortometraje)

- Desde una perspectiva comunicacional, ¿le parece acertado involucrar el concepto de “cánceres de la mujer” para hablar sobre el cáncer de mama y cuello uterino?

- Creo que toma una realidad y la pone en la comunicación. Que lo legitime me parece dudoso, no me gusta esa denominación si lo miro con perspectiva de género.

- ¿Considera acertado que la pieza se desarrolle en la sala de espera de un hospital en el marco de una conversación casual?

- Seguramente la elección de la locación ahorra contextualizar el relato de otro modo. Es un ambiente médico, de espera del médico. Me parece bien.

**9.4.1 Entrevista a la comunicadora Bibiana Sologaistoa** (24 de mayo de 2018)

- ¿A qué se dedica en la Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer? ¿Por quiénes está conformada?

- La Comisión es una institución paraestatal, esto significa que trabaja con fondos públicos, pero la organización que lo dirige, es una Comisión Honoraria la cual fue creada por ley, y cuyos miembros honorarios son designados por diferentes instituciones. O sea, el presidente es delegado por el Poder Ejecutivo, luego está el vicepresidente, el tesorero o vocal como muchas instituciones. Hay delegados de la Federación Médica del Interior, Sindicato Médico del Uruguay, Facultad de Medicina, Instituto Nacional del Cáncer y de la Administración Nacional de Educación Pública, que son quienes gobiernan la Comisión.

Tenemos diferentes áreas de trabajo, una de ellas es el Registro Nacional del Cáncer, donde trabajan profesionales que hacen un relevamiento de datos, tanto de incidencia como de mortalidad, así como publicaciones periódicas (por quinquenio) científicas denominadas “Atlas”.

El área de la Biblioteca es un centro de documentación e información sobre el cáncer a la cual acuden diferentes profesionales de la salud, estudiantes o personas interesadas, y se hacen búsquedas en fuentes bibliográficas certeras y verificadas, sobre por ej, determinado tipo de cáncer.

El área de Capacitación Técnica Profesional, se dedica a realizar cursos de actualización para el personal de la salud sobre la temática, desde formación en tabaquismo hasta cuidados paliativos.

El programa de Prevención de Cáncer de Cuello de Útero, trabaja hace muchos años y ahora especialmente está desarrollando un proyecto de Estampa, en conjunto con organismos internacionales sobre el HPV.

El área de Educación Poblacional, a la que formo parte, se dedica a la información, educación y prevención en el tema del cáncer, especialmente sobre aquellos donde hay métodos de diagnóstico o prevención.

Anteriormente había un programa de Cáncer de Mama, el cual fue reformulado, y actualmente se trabaja en un nodo de mamografías, donde se hace lectura de mamografías que se informan desde diferentes centros. La Comisión está implicada dentro de la historia clínica electrónica oncológica, primera en incorporarse de forma digital.

- ¿Cuánto tiempo hace que se encuentra en actividad?

- La Comisión fue creada por ley en el año 1989. En 1991 empezó a sesionar los miembros, realizándose una propuesta de áreas de trabajo. En Educación Poblacional se comenzó a trabajar a partir del 1992, en una encuesta de conocimientos, creencias y prácticas de la población uruguaya sobre cáncer. Constituyéndose recién un año después como área. Inicialmente se centralizó en Montevideo, pero al día de hoy tenemos presencia en 11 departamentos del interior del país, a través de la participación de compañeras que desarrollan tareas a nivel comunitario.

- A nivel comunicacional, ¿existen antecedentes publicitarios en relación a campañas de sensibilización sobre el cáncer?

- En el año 1993, el primer tema que empezamos a abordar fue cáncer de mama, debido a sus índices elevados de mortalidad. Se comenzó a trabajar desde la sensibilización, lo primero fue; bueno, ¿que decimos sobre esto?, empecemos a hablar sobre el tema, porque a nivel de medios, cuando se empezó, hasta ese momento nunca se había hecho ningún tipo de campaña sobre el tema cáncer de mama. Iniciamos con un tema masivo, a nivel de todos los medios de comunicación (televisión, radio, vía pública y prensa escrita), cuando no existía obviamente el tema redes sociales.

En toda esa órbita se trabajó una campaña y además junto con eso, se empezó a trabajar en la educación a la población. Lo que se hizo fue convocar a los grupos de mujeres existentes, que trabajaban con el tema de la prevención del cáncer de mama o cuello de útero, y se desarrolló en forma conjunta una estrategia de abordaje del tema. Alinearnos con ellos, que pensaban, ver desde donde venían, si partían de cero, y empezar a trabajar.

A lo largo de estos 25 años, siempre se tuvo un trabajo sobre el tema, desde las campañas, que se hace más visible el tema, a lo largo de los años se fue informando de manera diferente, ya que la ciencia avanza y la información llega de otro modo.

Globalmente, siempre el abordaje fue comenzar con algo más masivo, de forma ininterrumpida, y en conjunto a grupos, desde empresas interesadas a centros CAIF.

Inicialmente cuando comenzamos a trabajar unimos el cáncer de mama y el de cuello uterino, pero luego nos dimos cuenta que incluso desde los agentes causales hasta los tratamientos son diferentes, según nos ha demostrado la ciencia.

Además, en relación al cáncer de mamá, en estos últimos cinco años, se ha generado la constitución de octubre, como el mes elegido para el cáncer de mama.

Nosotros especialmente desde hace tres años hasta ahora, decidimos realizar intervenciones concretas con este tema. No necesariamente a nivel de medios de comunicación. Trabajamos con diferentes organizaciones dedicadas a la temática, conformada por pacientes, familiares o personas que se acercan para apoyar, voluntarios que quieren trabajar en el tema. Nosotros intentamos que las actividades que realizan estas organizaciones no se superpongan, y todas las organizaciones sientan que tienen su espacio para expresarse, especialmente durante el mes de octubre.

Incluso sucede que en algunos casos, los proyectos que nos envían las organizaciones o diferentes empresas no se alinean a las ideas o el mensaje de la Comisión, entonces intentamos mediar para reformularlos, llevarlos a la realidad de nuestro país o nos abstenemos a adherirnos.

- ¿Cuáles son las líneas de trabajo que mencionas?

- Evidentemente nosotros nos ajustamos a los consensos científicos que hay en Uruguay sobre la temática, por ejemplo; la guía práctica clínica sobre el cáncer de mama. Que no se refiere tanto al tema tratamientos, sino más que nada a la prevención, que es sobre lo que nosotros trabajamos. Incluso facilitamos información sobre el cáncer a diferentes empresas u organizaciones para que se ajuste el mensaje que se comunica con nuestra realidad actual, incluso aunque hayamos decidido no adherir.

Por ejemplo, desde el punto de vista comunicacional es positivo comunicar el auto-conocimiento de las mujeres sobre su propio cuerpo, sin embargo, desde el punto de vista médico, el autoexamen mamario no tiene valor estadístico en relación a la disminución de la incidencia.

La primera campaña realizada en el año 93, consistía además de difundir cifras, en que las cuatro conductoras de los informativos televisivos difundieran en cada canal, una pieza publicitaria donde se resaltará el valor de la realización del autoexamen de mama en primera persona. “Yo todos los meses, me lo realizo”

Hoy en día, ese tipo de campaña no tendría un impacto significativo desde el punto de la comunicación, la información se va adecuando, exploramos cómo se aborda la temática en otros países. Se fue incluyendo otros factores de riesgo a trabajar como la obesidad.

Hace dos años entendimos además que desde hace mucho tiempo, la Comisión venía informando mucho a través de los años, pero la cuestión era; ¿la gente que entendió de todo esto? No pasaba por hacer una encuesta, pasaba por trabajar de otro modo.

Intentamos a través de nuestra propuesta comunicacional, darle un poco de voz a la gente. Y así fue que en el año 2016 realizamos una propuesta “Hacelo por vos, cuidate”, que consistió en que las personas escribieran en un volante un mensaje relacionado a la prevención del cáncer de mamá, así como un mensaje de aliento para las personas que estaban transitando la enfermedad.

Incluso se subió en el Facebook de la Comisión, todos los mensajes que nos hicieron llegar. Lo mejor de todo para nosotros, fue el contenido, lo que las personas comunicaron al respecto desde la experiencia personal.

Al año siguiente hicimos una propuesta similar “Que nuestro mensaje llegue a todos lados”, diseñada con un volante con forma de cometa, que permitió depositar allí una carga más emotiva, y alojarlo en plazas, carteleras, árboles.

Se realizaron actividades al aire libre, donde efectivamente se realizaron cometas, incluso se generó un encuentro intergeneracional, en el marco de actividades lúdicas que promovieron una alimentación saludable o la realización de ejercicio físico.

- ¿El público objetivo al que han destinado la campaña ha cambiado a lo largo de los años?

- Y se ha ampliado, en el año 1993 al hacerlo masivo le hablábamos a todos, entonces era más general. Pero ahora en esto que es más profundo, como las intervenciones, de darle a las personas para que escriban, es algo muy diverso. Y creo que ha ido variando en sí esa campaña que logre una acción concreta porque cuando empezamos en el año 92, fue con una encuesta sobre cáncer que daba como resultado que el 80% vinculaba, cáncer con el dolor físico y la muerte.

Entonces nos paramos desde ahí para dar un mensaje, y dimos una información que trataba sobre la mortalidad por cáncer había cierto mensaje desde lo preventivo como por ejemplo el autoexamen de mama y desde ahí ver que algo podemos hacer porque la población decía: Cáncer-dolor- muerte.

Era algo que estaba demasiado cerrado y después que se empezó con el correr de los años a trabajar el tema y se empezaron a incorporar elementos como la mamografía para el diagnóstico oportuno, los nuevos tratamientos y otras cosas aparecieron otros posicionamientos como mensaje.

Igualmente el público objetivo mayormente es la población femenina del país, eso es evidente porque solo el 1% de los hombres tiene cáncer de mama, entonces cómo son aproximadamente 1800 casos nuevos de cáncer de mama al año, el 1% es poco. Igualmente incorporamos a la población masculina porque esto es algo de toda la población en general y los conceptos de Cáncer-dolor-muerte eran todos que los tenían, hombres y mujeres.

Cuanto más se sensibiliza sobre el tema mejor, nosotros cuando empezamos a trabajar fue sobre la palabra cáncer, y hoy en día si una persona tiene cáncer puede decirlo, 'Si, yo tengo cáncer' y esto es parte de esa transición de nombrar la palabra que era un tabú. Entonces con esta transición se ha trabajado mucho, y es cuando tenés que replantearte las cosas, y así el público objetivo ha ido variando y ampliando a las acciones en profundidad, como por ejemplo con el trabajo que hacemos con diferentes asociaciones, con las que profundizamos y ampliamos la intervención.

Una cosa es tener el material, un volante o el lazo rosa o una caminata, esas cosas son con las que sensibilizas y aprovechas para informar. Y en las últimas intervenciones masivas hemos observado que cada vez más personas se han acercado a participar.

- ¿La Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer tiene un grado de participación en las legislaciones? Como por ejemplo en brindar un día libre para hacerse el PAP?

- Claro, la Comisión como tal hace el legado del Poder Ejecutivo y tener miembros de otras instituciones que tienen que ver con la salud, muchas veces es consultado o forma parte de los grupos de trabajo. Y en concreto por la ley del día libre, nosotros como área participamos en lo que fue la génesis del día libre para la mamografía o el PAP, más allá que la iniciativa fue de legisladores en su momento, pero si consultaron a la Comisión.

- ¿A nivel de campañas, se hacen sobre el cáncer en general?

- Si, básicamente desde educación poblacional lo que se ha trabajado a través de las líneas que plantea la Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer, después se trabaja sobre los tipos de cáncer que se puede prevenir o detectar a tiempo que es parte de la prevención conceptualmente. Y la gente piensa que prevenir es que no ocurra, pero también es detectarlo a tiempo o lo antes posible.

Entonces esta área de educación poblacional trabaja sobre los diferentes tipos de cáncer de los cuales se pueden hacer acciones ya sea de prevención como de detección oportuna. Y a su vez, son los cánceres más frecuentes y por los que más muere la población uruguaya que son cáncer de mama, tabaco-dependiente, el de pulmón que es el de mayor mortalidad, y también otro varios cánceres que están asociados al consumo de tabaco.

Y además, empezamos a trabajar hace 3 años sobre la prevención del cáncer de colon, cáncer del colorectal, que si reunimos hombres y mujeres es la segunda causa de muerte en el Uruguay. Un uruguayo muere cada 8 horas por cáncer de colon en el país.

Después trabajamos cáncer de cuello de útero que si bien no tiene tanta mortalidad, si tiene incidencia es el tercero en mujeres y trabajamos los aspectos preventivos. Otro es el tema del cáncer de piel, que es el más frecuente en Uruguay y en el mundo. Por eso trabajamos muchísimo sobre el tema de la prevención del cáncer de piel, los horarios, la sombra, los gorros, la ropa, etc. Trabajamos sobre estos cánceres más frecuentes, y no solo sobre el de mama que es el que más se puede observar.

- En cuanto al tratamiento, ¿se trabaja sobre el tema?

- No, nosotros lo que hemos elaborado en consenso con personal de enfermería y médicos oncólogos son materiales de apoyo a los pacientes, que fueron 4, uno referido a los efectos secundarios de la quimioterapia y que hacer al respecto. Es un libro, que lo entrega el servicio de salud, que si lo entiende como pertinente lo entrega.

Hay otro que es específico para pacientes de cáncer de mama, porque son quienes los que han pasado por una mastectomía que es cuando le sacan la mama y ahí se hace una extirpación de toda la cadena ganglionar, y ahí lo que tienen que hacer es una serie de ejercicios sobre todo de estiramiento del brazo porque si no queda acortado.

Entonces en cuanto a tratamiento es ese el abordaje y también cuando nos hacen preguntas sobre esos temas los derivamos a los servicios de salud, o cuando alguien que está en tratamiento y quiere formar parte de un grupo por contención, lo que hacemos es derivarlo a alguno de los grupos de apoyo a pacientes.

- ¿Existe algún protocolo universal de cómo tratar al paciente que se le detecta cáncer?

- Sí, hay un protocolo de práctica clínica ante la detección del cáncer de mama. Hay protocolos que se siguen ante un caso de cáncer de mama, si existe, el sistema de salud sabe qué hacer con una situación así, desde que se detecta. Consensos existen, y se dan en facultad de medicina, la sociedad de oncología médica pediátrica del Uruguay, la cátedra de oncología clínica, el Ministerio de Salud con el Programa Nacional de cáncer, etc.

### 9.4.2 **Entrevista a Bibiana Sologaistoa** (03 de septiembre de 2019)

- ¿Cuál es la función que cumple el departamento de Educación Poblacional dentro de la Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer?

- La Comisión tiene diferentes áreas de trabajo y una de ellas es esta que está dedicada a lo que es la sensibilización, educación a nivel de la población y actualmente a todo el país porque tenemos un funcionario que trabaja a nivel territorial de cada departamento, entonces la base del trabajo es eso, cubrir a nivel nacional con grupos conformado por instituciones, empresas y todo lo que sea nucleamiento de grupos poblacionales, hacia ellos nos dirigimos y ellos muchas veces nos convocan para desarrollar acciones que tienen que ver tanto con lo que es más macro con lo que tiene que ver con la promoción de la salud con una pata con todo lo que tiene que ver con la prevención de cáncer, y después todo lo que tiene que ver con el desarrollo de la propuesta más preventiva y diagnóstico oportuno de los cánceres que tiene la posibilidad de ser detectados a tiempo y tienen método de diagnóstico como lo es el cáncer de mama o de cuello uterino. Básicamente es eso, el área que trabaja más en contacto con la población

- ¿Qué tipo de herramientas o acciones son las que, por lo general, implementan para informar a la población?

- A grandes rasgos tenemos dos líneas marcadas que es todo lo que tiene que ver qué podemos hacer más a nivel de medios de comunicación con una impronta más genérica digamos de dar información y sensibilizar a grandes grupos poblacionales a través de campañas, y después todo lo que puede ser más de sensibilizar e informar más a nivel comunitario con grupos poblacionales en los cuales nosotras desarrollamos propuestas específicas para estos nucleamientos y con ellos trabajamos lo que es más

el cara a cara. Esas son las dos grandes propuestas que vamos realizando sobre los diferentes temas a tratar, uno a nivel más masivo y otro ya con una base más local, con grupos de personas de entre 5 o 10 e incluso más en un X lugar como puede ser una cooperativa de viviendas que quieren trabajar sobre el tema de prevención de cáncer de mama, entonces allí vamos desarrollando una propuesta específica para ese grupo.

- ¿Existe algún tipo de simbiosis o planificación en cuanto a las actividades que se realizan por ejemplo en Montevideo y el interior?

- Claramente trabajamos con propuestas genéricas para todo el país, pero localmente se adapta. Por ejemplo, donde sí desarrollamos una propuesta específica y después tiene una bajada a nivel local es la que hacemos para octubre, cada vez más octubre se proyecta como mes de prevención de cáncer de mama. Hace años atrás llegaba octubre se trabaja el tema cáncer de mama y se definen diferentes acciones, diferentes días y sobre todo se trataba de llegar al 19 de octubre que es el día mundial de prevención de cáncer de mama para ese día hacer alguna acción.

Pero a esta altura que tantas las actividades que se desarrollan tantos grupos que están motivados para trabajar que desde hace como 5 años se toma el mes entero como el mes de prevención de cáncer de mama. Entonces nosotros lo que hemos hecho es justamente desarrollar una propuesta específica desde el área de educación poblacional de la Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer que la trabajamos, la ideamos acá y después con dos compañera del interior las convocamos y trabajamos con ellas esa propuesta, ellas al mismo tiempo la trabajan, hay un ida y vuelta se va construyendo colectivamente, nos volvemos a reunir y terminamos de recomponer o crear esa propuesta para que justamente tenga una base más local cuando es lo máximo que podemos hacer para llegar a que sea un propuesta global y esa la desarrollamos, la planteamos y en general son materiales que hacemos llegar a todo el país, y ahí cada departamento o grupo lo que hace es una bajada a lo que es la vida de ya sea esa empresa o institución poniendo lo propio, cada uno le pone un sesgo, una identidad propia del lugar.

Por ejemplo si es un grupo de jóvenes que estén enfocados en el tema de los factores de riesgo lo llevan para el lado de la alimentación, entonces lo desarrollan por ese lado, es así que cada grupo le da su impronta.

Nosotras el año pasado llegamos a contabilizar a partir de las pautas que nos remiten, es decir el trabajo que realizan 600 instituciones, y eso que el año pasado teníamos 11 departamentos estaban cubiertos por compañeras del área y 600 instituciones se adhirieron y desarrollaron la propuesta. Por ejemplo, una de esas instituciones fue

UTE como empresa y todas sus sucursales con sus funcionarios, otro fue un pequeño CAIF de “x” departamento que desarrollaron la propuesta. Y así es que en conjunto desde acá desarrollamos toda la propuesta de la forma más conjunta posible y después cada uno la va a desarrollar con diferente fuerza o énfasis en un punto u otro.

- ¿Entonces existe un lineamiento que todas las empresas ejemplo Ser y Montevideo Shopping tienen que seguir?

- Existe una diferencia, una cosa es la propuesta que hace el área de educación poblacional y otra son las propuestas que nos hacen las empresas, estas conviven en el mes de octubre. Estas son propuestas de empresas que deciden hacer campañas y donar fondos a la Comisión, entonces no es que solamente recaudan en base a la venta de un producto y ahí para el mensaje, eso no es así, la empresa desarrolla todo una serie de mensajes en relación con esa propuesta de donación de fondos entonces es ahí como nosotros nos incorporamos a revisar, por ejemplo la empresa trae una propuesta como el movimiento ser y la línea por la cual quiere que vaya, nos plantean bueno esta va a ser la consigna, este va a ser el mensaje y ahí nosotros lo que hacemos es revisar los materiales y ver los detalles como por ejemplo el lema de la campaña o la creatividad de un folleto.

Nosotros revisamos el material, pero de todas formas damos libertad porque entendemos que cada mirada es diferente sino todo sería el sello “área de educación poblacional” y eso no está bien. Nosotros defendemos nuestra propuesta desde el lado de los grupos y de las empresas pero desde el lado de los funcionarios, por ejemplo Danone hace a través de Movimiento Ser una donación y una campaña pero a su vez en la planta donde tiene funcionarios nosotros vamos a desarrollar nuestra propuesta educativa, y son dos cosas diferentes. Una cosa es lo que nosotros hacemos como propuesta del área y llegamos a una múltiple cantidad de instituciones y empresas y otra cosa es lo que las empresas desarrollan para la población y en este caso es con el objetivo de recaudación de fondos.

Nuestra intervención tiene que ver con estar detrás de los mensajes que cada empresa decide proponer cuando va hacer su campaña, pero siempre entendemos eso de que cada uno tiene que tener su sello que no va a ser el nuestro y eso se reconoce y se hace lugar.

- Siguiendo con la línea de las campañas por cáncer de mama ¿Cuáles fueron las primeras que se hicieron?

- La primera campaña que la Comisión realizó fue un trabajo que tuvo varias patas que consto de la educación con grupos y después lo más masivo, y fue la primera y quizás la única que se trabajó el tema prevención cáncer de mama a nivel masivo en el año 1993 tanto de información específica sobre el tema, proponiendo como un tema, un problema, como todo lo que tiene que ver con el tema de la detección precoz del cáncer de mama. Eso fue una campaña de medios donde participaron los 4 canales abiertos y eran las informativistas de cada uno de los canales que daba un mensaje sobre el tema de la prevención del cáncer de mama y después se hacía a nivel de medios como el periódico, vía pública de también en referencia a la problemática cáncer de mama y la detección precoz.

- ¿Actualmente no se sigue con esa línea de tener campañas anuales sobre el tema de cáncer de mama en los medios?

- El tema cáncer de mama específicamente no porque en realidad entendemos que ya al haber empezado a trabajar el tema en el año 1993, y viendo ahora que a esta altura con todo el tema del mes de octubre que se trabaja intensamente el tema cáncer de mama, lo cual no quiere decir que no se trabaja el resto del año, pero se entiende porque se ha evaluado mediante investigaciones que la temática prevención del cáncer de mama está instalada como un tema a nivel de la población, no es un tema desconocido, no es un tema en el que se de un vacío de información.

Lo que sí puede ocurrir es que de pronto pueden convivir tipos de información que no son de tan buena calidad como lo son los mitos, pero esto se trabaja para que mucha información que no es tan verídica pueda ser revertida y trabajado a nivel poblacional porque si la gente piensa determinadas cosas sobre el cáncer de mama por algo es, y eso hay que trabajarlo.

Por ejemplo cuando se dice que “las mujeres jóvenes desarrollan cáncer de mama” bueno sí, pasa pero en volumen las mujeres que más lo desarrollan son las de mayor edad, entonces esas son las cosas que terminamos trabajando en lo que es el diálogo con grupos más pequeños. Trabajamos así, más a nivel de talleres, de encuentros y no de campañas masivas, esto con respecto al cáncer de mama. Con otros cánceres como lo puede ser el colon que empezamos a trabajar hace aproximadamente tres años sí estamos con medios masivos porque se empezaba a trabajar un tema que nunca desde la Comisión se había trabajado, entonces la idea era comenzar a instalar el tema. Pero en cuanto al cáncer de mama es de nuestro entender porque lo hemos evaluado que es una temática conocida.

El cáncer de mama detectado a tiempo tiene grandes índices de curación, y esto está en contenidos como las guías de prácticas de detección precoz del cáncer de mama del MSP, son todas informaciones que manejamos a partir de un consenso científico de ciertas pautas que tiene que ver con la prevención o detección oportuna de cáncer de mama, y sobre ellas es que trabajamos con la población, desde sí se evidencian ciertos mitos o barreras que tiene que ver con la no asistencia de las mujeres a realizarse la mamografía o aspectos más globales como el sobrepeso o el sedentarismo es sobre eso sobre lo que trabajamos, no para convencer a nadie que haga algo que no quiere hacer sino para informar y sensibilizar y ver cuáles son las barreras que hacen que las personas no accedan por ejemplo a hacerse la mamografía que son factores relevantes.

- ¿Hay algún tipo de auditoría sobre lo que las empresas o instituciones comunican sobre el cáncer de mama?

- Nosotros no hacemos auditorías, lo que sí hacemos es desarrollar nuestra propia campaña y sobre aquellas que se desarrollan en octubre que son las empresas que viene y nos presentan lo que van a hacer, y después ocurre que hay un montón de otras instituciones que no tienen una contraprestación digamos en lo que podría ser una donación pero que igualmente recurren a nosotros para que avalen esas propuestas, eso ocurre hay alrededor de 10 o 15 empresas que nos escriben para adherirse al mes de lucha contra el cáncer de mama.

Pero más allá de la adhesión o no que ocurre a nivel formal que elevamos a la Comisión, en el medio contactamos con esa propuesta y vemos que tan alineado está con lo que desde educación poblacional se trabaja, y entonces ahí a veces hacemos ciertos giros como correcciones en ciertos mensajes que se quieren dar. Entonces sea que la Comisión les dé o no la adhesión sugerimos desde el área de educación poblacional que cambien el mensaje sino ellos están saliendo a la población uruguaya a decir algo erróneo.

Otra cosa que sucede es que cuando se detecta esas informaciones erróneas sobre cáncer de mama que no tienen un sustento científico intervenimos diciendo que desde la Comisión se entiende “x” cosa de manera formal, o sino de manera informal mediante redes sociales diciendo por ejemplo que el mito de los sostenes con aros no son factores de riesgo para el desarrollo de cáncer de mama porque eso lo que hace es distraer del foco de atención que sí es importante.

No recuerdo un ejemplo donde una empresa “x” haya comunicado un mensaje erróneamente, sin embargo no conozco que la Comisión tenga la potestad legal como para revocar o sancionar a la empresa. Sucede que detectamos desde determinados

medios que se comunica erróneamente la temática, o quizás incluso en grupos, donde tomamos la iniciativa de contactarnos para informarles correctamente.

Por ejemplo, a nivel médico, se ha investigado que la realización del autoexamen no disminuye la mortalidad por cáncer de mama, esto no significa que se deje de lado la prioridad de que la mujer conozca su propio cuerpo (autoconocimiento) y detecte anomalías que puedan llevar al diagnóstico del cáncer de mama.

Sucedió que una empresa de cosméticos quería realizar una campaña fomentando el autoexamen bajo el lema “La cura está en tus manos”, esto contenía una doble falsedad, la persona no puede curarse a sí misma y por otra parte, el autoexamen no garantiza la cura del cáncer de mama.

Lo importante es que se hable del cáncer de mama pero con la información acertada.

- ¿Recuerdas que se hayan realizado campañas de nivel informativo sobre el cáncer de mama desde la Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer durante el 2011 al 2015?

- Hemos realizado intervenciones que han llegado a todo el país a través de empresas, organizaciones o grupos. A partir de las donaciones, invertimos ese dinero en la realización de productos de comunicación, ya sea con una base más global u orientada a lo educativo. En el canal de YouTube de la Comisión, están subidas cuatro piezas relacionadas al cáncer, una sola corresponde a la temática del cáncer de mama y cuello uterino. Estos spots fueron pautados en pantallas ubicadas en diferentes centros de salud, en algún momento, tres de estos fueron visibles en la televisión, mediante espacios no pagos, insertos en programas de tv debido a su duración (en ese momento no existía la ley de medios). Además, se realizó una intervención en liceos tanto públicos como privados donde se trabajó con 15.000 estudiantes de segundo ciclo de todo el país. La misma constaba de una obra teatral llamada “cuidándote” que trabajaba sobre la temática de prevención y detección precoz del cáncer de mama.

- A nivel publicitario, ¿podríamos decir que no se realizan muchas actividades?

- Al comienzo, en el año 1993, se realizaba pauta publicitaria relacionada a la prevención y a partir del 2000 y pico se comunicó la existencia del servicio de mamografías, para informarle a la población sobre esta herramienta de detección temprana del cáncer de mama. La Comisión compró mamógrafos

y teníamos una baja adhesión al servicio, fueron instalados en barrios y se realizó un trabajo comunitario para incrementar su uso. Ahora ocurre lo contrario, hace un año y medio la Comisión decidió donar el último de los mamógrafos que estaba instalado en un local de Tres Cruces. Entendemos que la gente está informada ya que al día de hoy se reclama el servicio de mamografía.

- Encontramos una campaña en 2015, llamada “agendate, tu vida es lo primero”, ¿podría comentarnos algo sobre ella?

- Esta campaña fue la primera que realizamos como intervención, entendiendo que cada vez más durante el mes de octubre se realizaba un concierto de voces respecto al cáncer de mama y nosotros como Comisión tenemos que delinear un mensaje propio, un sello. 3M, (empresa de insumos de papelería y oficina) realizó una importación 10.000 a 20.000 post it de color rosado que fueron donados a la Comisión. Se realizaron 3 sellos diferentes con diversos claims y se utilizaron sobre los post-it. Fue una campaña de expectativa, el 19 de octubre las instituciones y organizaciones que desearon adherirse a la iniciativa, delegaron uno o dos representantes para pegar los post-it en las oficinas y espacios de trabajo. Durante el mediodía, o el momento que la organización creyera conveniente, se informaba a los trabajadores sobre la campaña, explicando la importancia de cuidar la salud en relación al cáncer de mama. Además, se realizaba una actividad educativa ya sea el 19 o días posteriores. Las instituciones participantes fueron invitadas gracias a una base de datos existente en la Comisión.

  Como consideramos que existía suficiente información sobre la temática, la segunda campaña (2016) constó de globos de texto en blanco para que las personas pudieran escribir su mensaje relacionado a la prevención de la enfermedad. Luego, las personas involucradas podían tomarse una foto y subirla a sus redes. En el 2017, se realizaron cometas como símbolo de “llegar más lejos” bajo la misma dinámica, al dorso las personas podían escribir recomendaciones o sugerencias sobre actividades. A aquellas cometas se les podía incluir lana de color rosado que emulaba una cola. Lo que nos interesó fue que las personas se agruparon para volar cometas al aire libre. En 2018 se realizó un juego basado en un tablero con 20 tarjetas basadas en preguntas sobre actividad física y alimentación además de retos o prendas. Era un juego auto-suministrado, no necesitaba un operador de la Comisión para poder jugar. Al dorso, cada jugador podía indicar que “desafío” podía asumir respecto al tema. El juego queda en cada institución, se generó una dinámica en redes sociales también. La gente se

entusiasma mucho en relación al hecho de reunirse y generar espacios de intercambio.

**9.5 Entrevista al oncólogo Luis Ubillos** (29 de enero de 2020)

- ¿Cómo define el cáncer de mama?

- El cáncer desde una definición médica, es una enfermedad maligna, es una proliferación no controlada de las células que se origina a nivel de los ductos mamarios.

- ¿Qué factores son considerados como determinantes para el desarrollo de la enfermedad?

- Tenemos varios tipos de factores de riesgo, los que son modificables y los que no. Dentro de los factores no modificables, el principal factor de riesgo es ser mujer, si bien hay cáncer de mama en hombres es el 1%, o sea que el 99% es en la mujer. A medida que va pasando la edad, nos vamos acercando al pico de incidencia que está por encima de los 50 años. Una mujer con tiempo suficiente podría desarrollar un cáncer de mama, no todas obviamente. Luego a mi me parece, que son relativamente modificables porque tienen que ver con el estilo de vida de la mujer, por ejemplo, algunos no son modificables; la menarca precoz, la menopausia tardía y eso implica que cuantos más ciclos tiene la mujer, más riesgos tiene. Obviamente todos estos son riesgos relativos, no quiere decir que una mujer de 60 años que tuvo una menarca precoz va a tener cáncer de mama, sino que aumenta un poco el riesgo.

  Para mí, los parcialmente modificables, referidos al estilo de vida de la mujer son si la mujer no tiene hijos o si así como la edad a la cual tuvo su primer hijo y si dio de mamar o no. Porque los periodos de embarazo cuanto más precoz es mejor, se relacionan con una supresión de los ciclos y por lo tanto es un elemento protector. Mientras está dando de mamar también es un elemento protector. ¿Por qué digo que es parcialmente modificable? Porque en realidad tiene que ver con la decisión de la mujer de cuando ser madre.

  Hace un tiempo nosotros veíamos que las mujeres eran muy jóvenes, hoy en día el primer niño se está yendo un poquito más hacia adelante, en respuesta a cuestiones culturales, desarrollo profesional, etc. Después están los factores modificables que tienen que ver con el estilo de vida, ahí se encuentra el sobrepeso, el tipo de alimentación, que si bien no hay un alimento concreto que aumenta el riesgo, una alimentación descuidada puede aumentar el riesgo. Los riesgos genéticos, no todas las mujeres lo

tienen, son tres tipos; uno es el que corresponde a una mujer sin antecedentes familiares o antecedentes lejanos, esa persona tiene el mismo riesgo que la población general, es decir un riesgo promedio. Luego están las mujeres que tienen un riesgo genético, como es el caso de Angelina Jolie.

- Según información difundida en medios de comunicación, existe una mayor probabilidad de desarrollar cáncer de mama si existen antecedentes familiares; sin embargo, según la Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer, únicamente un 10% de los casos presentan antecedentes. ¿Esto es así?

- La mutación es identificable pero sólo se da en el 5%, es decir que el cáncer de mama genético que así se llaman, que se lo pasan de madre a hija y así sucesivamente eso se da entre un 5 y 10% más tirando al 5% de la población. Y después hay un intermedio en el que se ve que la familia tiene un riesgo más incrementado es decir que se repiten los casos pero no se identifica la mutación y que se vincula a aquella mujer que tiene una madre directa que tuvo un cáncer de mama, bueno eso se vincula un poco que sea más de riesgo que la población general. Pero el riesgo genético es del 5% y está vinculado a mutaciones heredables e identificables.

- Al igual que los países desarrollados, Uruguay presenta el cáncer de mama, próstata, colo-recto y pulmón como los cánceres más frecuentes en su población, ¿esto a qué se debe?

- Uruguay tiene un perfil epidemiológico parecido al del primer mundo porque tenemos solucionado a nivel sanitario al igual que el primer mundo que no lo tienen otros países, por ej. en los países menos desarrollados, la principal causa de muerte son las infecciones, en Uruguay por suerte no es la principal causa de muerte, hay casos mucho más complicados.

  No estamos hablando de casos como en África que los niños pueden morir por una infección que acá se curan con antibióticos. Eso hace que en Uruguay las enfermedades crónicas no transmisibles o sea cáncer y enfermedades cardiovasculares sean las principales causas de muerte y no las enfermedades visibles infecciosas. Y dentro del cáncer particularmente tenemos un perfil muy parecido a lo que es EEUU y Europa Occidental por una cuestión genética, nosotros tenemos ascendencia española, italiana con algún grado de mestizaje, y porque tenemos solucionados algunos temas como el cáncer de cuello uterino.

Este se comporta como una transmisión infecciosa, el HPV entonces si uno ve el perfil epidemiológico de Bolivia el cáncer de cuello uterino es un problema enorme pero porque no tienen el tamizaje con el PAP, incluso por cosas culturales donde no hay una cultura tan europea las mujeres no tienen acceso a hacerlo y eso se repite en algunos países de Sudamérica. Si bien Uruguay tiene cáncer de cuello uterino está más abajo y si vamos a otros ejemplos el cáncer de colon acá es el segundo en mortalidad y si vemos los números de Chile y Perú el cáncer de colon es mucho más bajo, pero tienen cáncer gástrico que acá es mucho más chico, y eso se piensa que es por cuestiones alimenticias y genéticas alimentarias.

- Actualmente, en Uruguay, por día, 5 mujeres son diagnosticadas con cáncer de mama, y sobreviven únicamente 3. ¿Cree que la realización de tareas de concientización y prevención pueden favorecer la disminución de la incidencia y la mortalidad de la enfermedad?

- De la incidencia de cáncer de mama no, porque no tenemos un periodo premaligno identificable, o sea si uno puede actuar sobre los cambios de conducta alimentaria, ejercicio físico, peso y todos los factores que son modificables. Pero las modificables son si se quiere las que tienen menor impacto, o sea una puede comer más sano, hacer ejercicio pero en definitiva sigue siendo una mujer de 65 años con una carga genética X, eso lo va a seguir teniendo por más bien que se porte.

  Entonces el tamizaje lo que busca es la enfermedad maligna lo más precoz posible, pero ya es enfermedad maligna, entonces la incidencia por el tamizaje es difícil de bajar más. Lo que sí se puede bajar aumentando el trabajo en difusión es el estadio en lo que se diagnostica que dije que era el primero el más localizado el que más se diagnostica, pero bueno hay alguna que aún se sigue escapando a eso, entonces ahí sí se puede trabajar para tratar de desplazar más aún a los estadios más localizados.

  Entonces concretamente es eso, la incidencia en mama es distinta por ej. al cáncer de colon que tiene un estadio previo pre maligno en cual puedo encontrar un pólipo y si lo saco ya no hay más cáncer, entonces ahí sí podés bajar la incidencia de cáncer. Acá lo que estoy buscando es cáncer chiquito no tengo una lesión pre maligna para encontrar, pero si lo agarro chico mejor, por lo tanto incidencia difícil de bajar, yo diría que si podes hacer es seguir bajando el estadio de presentación.

- ¿Considera que el Ministerio de Salud y la Comisión Honoraria de Contra el Cáncer comunican a la población de forma correcta las etapas primarias de la enfermedad, correspondientes a la prevención y detección temprana?

- Lo que pasa es que yo creo que el trabajo va más allá, el trabajo de los síntomas esta bueno, es informativo pero hay que ir al diagnóstico previo a los síntomas o sea lo ideal es que si hay un cáncer de mama a la mujer se lo diagnostique cuando no se lo puede tocar, si esperamos a que se toque eso ya mide por lo menos 1 cm. Una cosa es que se lo auto-palpe la mujer que no está entrenada, la autoexploración se lo promociona principalmente para países donde la mamografía tiene baja penetración. Después ese mismo autoexamen tiene como cometido que la mujer se explore. Después viene la mano de un médico cualquiera que tiene un cierto entrenamiento y después viene la mano del médico que tiene un entrenamiento porque toca eso todo el día entonces no es lo mismo lo que voy a encontrar yo que lo que va a encontrar un especialista mastólogo.

- Si la mujer se palpa, ¿cómo continúa el proceso?

- Insisto en que lo ideal es que no se palpe nada, que se haga una mamografía anual y tratar de encontrar algo cuando es mínimamente palpable por el especialista o no palpable, ese es el ideal. Lo que tiene que hacer es sacar hora con su médico su prestador de salud para hacerse una mamografía o una biopsia. Lo importante no es esperar a que le den turno para no sé cuándo, si la mujer se palpa algo es importante que acuda a cualquier médico.

- ¿Los resultados de la mamografía ya indican a la mujer la presencia de un tumor?

- Hay 5 cosas que te puede decir la mamografía uno es el *birads*, que es una forma de catalogar. El 0 es el estudio que no puede ser interpretado porque a veces las mamas son muy densas, estas están conformadas por tejido glandular y grasa que es el relleno lo que le da la forma. Entonces no es lo mismo la mama de una mujer joven que de una mujer de 60 porque el contenido cambia. Cuando la mujer es mayor mejor se ve, una mujer joven a veces no se ve nada y hay que pasar a una ecografía. El 1 es cuando la mamografía está prácticamente bien, que no tiene nada. El 2 es cuando los resultados son benignos. El 3 es cuando se encuentra algo presuntamente benigno pero ya no es 100% bueno. Después está el 4 que es cuando hay

alta sospecha de que sea maligno. Y el 5 es cuando las características de malignidad son de un 95%. Y el 6 es cuando ya se hizo la biopsia y se confirma. O sea que la mamografía es lo que te guía para ver si hay que hacer una biopsia o no.

Es el mejor método para detectarla, puede haber otros como una ecografía, y en algunas mujeres quizás sea necesario hacer una resonancia, no como técnica de tamizaje. Acá hay que dividir la técnica de tamizaje de una de diagnostica. Acá lo que en primer lugar lo que hay que hablar es la de tamizaje que es lo que va a ir a todas, salvo las mujeres que tienen un riesgo genético incrementado, esas van por otra vía. Pero la mayoría de las mujeres lo que tienen que hacer es un test de tamizaje que es altamente efectivo donde entra la mamografía.

- ¿La medicación indicada contra la enfermedad está subsidiada?

- Si hay que hacer quimioterapia, no paga. Todo lo netamente oncológico no paga ticket en la mayoría de los lugares. En Uruguay te diría que el cáncer de mama tiene todo casi todo cubierto hay algunas cosas que no, para enfermedades metastásicas ya que las mujeres que tienen metástasis algunas cosas no tienen cubiertas, que tienen que ver con medicación de alto costo.

- ¿Se puede apelar al fondo de recursos?

- No, el fondo de recursos te paga lo que está cubierto. Por ejemplo la cirugía está todo cubierto, lo que quizás no esté cubierto del todo que no es menor es la reconstrucción y la simetrización que esas son cosas importantes, porque imaginate una mujer de cualquier vestido y está mastectomizada, aunque la mayoría de la veces no se hace pero puede quedar con una cicatriz entonces hay dos cosas, una es el tema estético que no es nada menor. Yo siempre que puedo le recomiendo a las pacientes que se reconstruyan y se simetrice, son dos cosas distintas. Y lo otro también es por un tema médico, porque si una mujer tiene mamas grandes y se le saca una mama, pesa más de un lado que del otro y eso puede repercutir también en la salud, entonces las dos cosas son importantes, pero no siempre está cubierta la simetrización, la reconstrucción y las prótesis. De todas formas, no todas las reconstrucciones son con prótesis, algunas son con tejido propio o con silicona.

Lo otro es el tema de la medicación, para los tratamientos adyuvantes que son los posteriores a la cirugía en Uruguay está todo cubierto, la quimioterapia está todo cubierto y los tratamientos biológicos también. Para la enfermedad metastásica hay algunos que no están cubiertos, todos los que tengan que ver con fármacos comunes eso va a que lo pague cualquier prestador, es el FTM. En Uruguay todo lo que es alto costo va al anexo del FTM que directamente lo paga el fondo, siempre que esté en el FTM, hoy lo que tiene Uruguay para esos casos de enfermedades metastásicas tiene un grado de judicialización, es decir que te hacen un juicio para acceder a la medicación. Pero la mayoría está cubierta.

- La ley N° 19742 le otorga a la mujer un día para el PAP, consideramos que la ley fomenta que la mujer se realice los controles correspondientes.

- Creo que es un impacto positivo porque no hay excusa y nadie te puede obligar a que no te lo tomes, y la mujer no tiene excusa para decir; “no puedo salir por el trabajo” porque lo tiene pago, y eso y también la amplia posibilidad de hacerse la mamografía, no es difícil hacerlo en Uruguay.

- Con relación al cambio en la obligatoriedad en la edad, ¿estás de acuerdo?

- En realidad no fue un cambio, antes no había una guía del Ministerio de Salud Pública, eso de los 50 surge a partir de la guía que hace el Ministerio de Salud Pública en el cual se basa en la recomendación de tamizaje que es para la población en general porque es a partir de los 50 donde aumenta el pico de incidencia y entre los 40 y 50 hay un mayor cantidad de falsos positivos, y a su vez el tamizaje siempre tiene que contemplar temas económicos.

  Queda una ventana de 40 a 50 que no queda dentro del tamizaje obligatorio pero yo creo que los médicos que están en el primer nivel de atención, tienen la debida libertad que si tienen una sospecha fundada se haga el estudio. El tema de los 50 es para el tamizaje, para la persona que no tiene síntomas. El tamizaje es para el asintomático.

  De cierta forma podemos decir que los dos cánceres son de “fácil acceso” porque no son internos, están a la vista. Ahí es grande la diferencia que tenemos con otros países, ya que Uruguay está en una situación buena pero no de las mejores, de las mejores están algunos países nórdicos en los que prácticamente no existe el cáncer de cuello uterino.

La vacunación es otro tema importante, y la vacunación a mujeres y hombre, esta tiene un tiempo se considera que si la mujer ya empezó su actividad sexual en determinado momento puede estar contagiada porque es muy prevalente el virus, y no todos los virus van a generar un cáncer, hay algunos que los podes tener y nunca se van a manifestar con nada y hay otros que te pueden generar de esas verrugas benignas y algunos de ellos sí son los que tienen capacidad de generar un cáncer. Entonces para mí el cáncer de cuello uterino no debería existir, es un cáncer vinculado a la pobreza a la falta de determinada información, a determinados segmentos culturales que se pueden apoyar y ahí sí hay que hacer una fuerte difusión me parece porque todavía tenemos cáncer de cuello uterino, si lo vemos en mujeres jóvenes, mucha gurisa joven que de repente llega y nunca se hizo un PAP y cuando llega ya lo que tiene está complicado.

Estamos hablando de mujeres de 30 años o 40 y pico a veces más chicas y eso no está bueno porque no debería existir, y por qué, porque es uno de los pocos cánceres que sabemos de dónde sale, quién lo origina y sabemos cómo combatirlo, antes que sea un cáncer, porque si sacas la verruga aunque sea de HPV 16 se saca con un cono o lo que sea y no se generó el cáncer, entonces ahí hay que hacer un fuerte impacto de difusión para bajar el cáncer de cuello uterino que impacta en mucha mujer joven que a veces son madres de niños chicos, que no trabajan más.

- ¿Entonces las maneras de comunicar este tipo de cáncer deberían ser diferenciadas?

- A mí me parece que sí porque son dos poblaciones o dos problemáticas distintas. Yo entiendo que hoy en día hay un empoderamiento de la mujer que obviamente está muy bien, hay mucha difusión y que es llamativo el tema de “cáncer de la mujer” pero a mi me parece que se pueden hacer campañas distintas porque los factores de riesgo son distintos. Algunos se comparten pero son distintos no es lo mismo el cáncer de mama que uno puede diagnosticar en una mujer de 50 años y que como dije la incidencia es muy difícil de seguir bajando, que un cáncer de cuello uterino que podemos bajar la incidencia, hay que bajar la incidencia, no tendría que haber cáncer de cuello uterino.

  Se podría dar otro tipo de difusión, hay que seguir difundiendo sobre todo a las gurisas chicas, donde la vacuna es fundamental. Y si creo que hay que hacer una fuerte campaña para que las muchachas jóvenes una vez que empiezan su vida sexual también empiecen con el PAP y la consulta ginecológica. Notoriamente la mayoría de esas mujeres que desarrollan

cáncer de cuello uterino jóvenes, es porque nunca pasaron por ese proceso de ir al ginecólogo.

- ¿Qué piensa sobre la centralización del tema cáncer de mama solamente en el mes de octubre?

- El tema está en una priorización de recursos, yo creo que sobre el cáncer de mama la población está bastante más concientizada y eso lo ves incluso con los pacientes cuando hay algún evento y aparece la asociación de pacientes que en el 99% son mujeres que tuvieron cáncer de mama, no encontrás una asociación de pacientes con cáncer de próstata ya que en incidencia es el que le sigue, y donde están, no se reúnen porque no esta tan difundido. El cáncer de mama sensibiliza mucho porque hay todo un tema de imagen, llama mucho la atención tiene un impacto duro. Entonces eso ha logrado que tenga más visibilidad.

  No todos los cánceres son prevenibles, y los que tienen una posibilidad de diagnóstico precoz son tres, cáncer de mama, cuello uterino y el de colon, el resto no, ni el cáncer de próstata. El de mama yo creo que es el que salió primero, se hizo mucha difusión, se bajó esa incidencia, yo creo que hay que seguir. Cáncer de colon y cáncer de cuello uterino seguimos viendo cosas que en cáncer de colon tendríamos que ver menos y más chicos y en cáncer de cuello uterino tendríamos que bajar significativamente.

SPOT PUBLICITARIO: En 2016, la Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer desarrolla la campaña “La vida está ganando”, orientada a fomentar la adquisición de hábitos saludables así como la realización de controles médicos periódicos en la población uruguaya. Para el presente trabajo se analizará el spot “Prevenir vale más”.

- ¿Cree que es adecuado englobar el cáncer de mama y el cáncer de cuello uterino como “cánceres de la mujer”?

- Debe tener un poco que ver con el nivel cultural que tanta saturación de información le podes dar a las personas, hay un porcentaje de personas sobre todo en las afectadas por cáncer de cuello uterino que no se si estos le llegan mucho. Tanta información, cuatro o cinco minutos ya a los treinta segundos no lo vieron más. Entonces yo sí creo que se podría ser un poco más agresivo en el buen sentido de la palabra en la difusión sobre todo de cuello uterino, pero capaz que segmentando cuales son las poblaciones con cosas más chicas, más concretas con un poco más de impacto.

- ¿Considera que la información proporcionada en el spot es certera y se adecua a la realidad uruguaya?

- La información que se brinda es correcta, se tocan varias cosas como por ejemplo “no te confíes si no tenes antecedentes, no te confíes si no tenes síntomas” “tenes derecho a hacerlo, no duele”. Todas esas cosas se dijeron, ahora no sé si toda esa información tirada en algo así llega. Pensando en una mujer X de clase media que ve este spot le dice algo y a mí me parece que no. Y una mujer de clase baja que de pronto ni siquiera va a un hospital ¿Dónde ve este spot? Una persona de 25 años ve esto en una pantalla mira para arriba ve a alguien hablando y seguramente ni lo leen, es más capaz que lo hace, ve a Paola Bianco bailando y piensa que es otra cosa.

- En el spot se caracterizan dos posiciones respecto a la prevención y detección temprana de la enfermedad, ¿cree que la población femenina es escéptica a la hora de cuidar su salud o acude correctamente a los controles?

- Yo creo que apunta un poco a una población media descreída, como una justificación de un miedo que si yo no voy ni me entero. Que eso está bastante presente. En estas dos patologías es crucial el diagnóstico oportuno.

**9.6 Entrevista a Álvaro Vázquez** (08 de junio de 2018)

- ¿Considera que la incidencia del cáncer ginecológico ha aumentado en los últimos años?

- Cuando hablamos de cáncer ginecológico tenemos que hablar de dos áreas; genitourinario y de mama, que van por dos lados distintos. En el tema mama que capaz es más fácil, está estable, el número de diagnósticos que se hacen al año son 1800 casos en todo el país. Están distribuidos 900 y 900 en el interior y en Montevideo, más o menos igual, y toma todas las capas sociales y distintos grupos de personas. No hay diferencias en Uruguay entre unos y otros, hay estudios en otros lados donde es raza blanca, raza negra, asiáticos y demás, tienen distintos números, pero acá es todo igual. O sea, no hay diferencias entre las distintas razas, lo cual hace a que debe de haber un factor común de riesgo que es lo que hace desarrollar la enfermedad, que es el estilo de vida en definitiva y la forma de alimentación. Entonces seguramente el cáncer de mama está vinculado a eso y es un número estable. En cuanto al cáncer de cuello de útero lamentablemente en Uruguay no está pasando lo que sí está pasando en otros lados, donde va bajando.

  En Uruguay está estable y con tendencia a subir un poquito. Y el cáncer de cuello de útero, está más vinculado a porciones de la población de menores recursos, que a porciones de la población con mayores recursos.

  Es un cáncer que está más vinculado a la condición social baja o vinculada a la pobreza, que no digo que sea lo mismo pero sí que poblaciones que están bajo la línea de la pobreza tienen mayor riesgo de contraer cáncer de cuello de útero por ejemplo, que poblaciones que están por encima de la línea de la pobreza, y ahí hay una clara definición de educación sexual en definitiva, que el cáncer de cuello de útero tiene como factor de riesgo el virus del HPV, y la forma de transmisión por las relaciones sexuales.

- ¿Y en cuanto a la mortalidad?

- La mortalidad en cáncer de mama está estable también con una pequeña tendencia a disminuir, hay entre unos 600 y 650 casos al año, más o menos variando en esas cifras, que es un rango alto entre el 10%, pero hay veces que poco más o poco menos en casos absolutos, pero en lo que tiene que ver con las tasas ha bajado un poquito la mortalidad por cáncer de mama. No así el cáncer de cuello de útero que sigue estable, no se ha movido para

abajo. (...) Digo cáncer de cuello de útero porque también tendríamos cáncer de endometrio, ovario y demás vinculados a otros factores de riesgo, que no son manejables.

Es importante el cáncer de ovario en números, pero afecta siempre a una población mayor de 60 años, y está vinculado a la longevidad más que a algún factor de riesgo. Con lo cual, poco se puede hacer más que el control ginecológico. El cáncer de endometrio también es muy bajito el número y en población mayor de 60 años, sin mucho factor de riesgo tampoco que se pueda conocer más allá del tiempo de vida, de la longevidad de la persona. Para un estudio así creo que cáncer de mama y cáncer de cuello de útero son los dos en los que pueden focalizar bien el trabajo.

- En relación al resto del mundo, ¿qué lugar ocupa Uruguay de acuerdo al grado de incidencia?

- Estamos altos. Hay un estudio del año 2000 de la Organización Mundial de la Salud, que en relación a todos los cánceres, Uruguay estaba en séptimo lugar en relación a los hombres y en relación a las mujeres en el décimo segundo lugar. No hemos bajado de ahí, seguimos con una incidencia muy alta de cáncer en nuestro país. Montevideo llegó a ser hace unos años, la capital de un país que tuvo la mayor incidencia de cáncer de mama en el mundo. Había llegado a 112 por 100.000.

  Actualmente, Uruguay está en un 76 por 100.000, aún nos encontramos en grados altos de incidencia. Tenemos mucho cáncer. La pregunta que podría venir a continuación podría ser, si eso es bueno o malo. No es ni bueno ni malo, es una realidad y el cáncer está vinculado sobre todo al tiempo de vida, cuanto más tiempo de vida tenes, más riesgo de tener cáncer. Es decir, las personas de tercera edad tienen más chances de contraer un cáncer que las personas jóvenes. Entonces lo que ha sucedido es que hemos mejorado en cuanto a la expectativa de vida, tenemos actualmente una expectativa de 80 años.

  Y en los próximos años vamos a llegar fácilmente a una expectativa de vida de 100 años. Eso por las condiciones socio-económicas con las que se vive, tenemos un estilo de vida bueno en realidad. Caro, pero bueno. Por tanto es esperable que en 30-40 años, el cáncer se convierta en la principal causa de muerte en nuestro país, más que lo cardiovascular.

- ¿Se puede identificar una franja etaria que sea más proclive al desarrollo del cáncer?

- Sí. Como norma general, cuanto más viejo, más chance de tener cáncer. Eso se vincula a algunos cánceres en particular, en los hombres el de próstata que es el primer cáncer con mayor incidencia en los hombres, relacionado a la longevidad. Posiblemente, si todas las mujeres vivieran 120 años desarrollarían también un cáncer de mama. Se vincula la longevidad con el cáncer, ya que este es un tipo de enfermedad que se relaciona con la falla de la curación de las células. Las células normales cuando están enfermas, tienen la capacidad de curarse a sí mismas. Las células oncológicas, no. En esa capacidad de curarse, cicatrizarse puede haber errores, que dan pie a la aparición de un cáncer. Por tanto, cuando vos más tiempo vivís, más chances hay de reproducción celular, más chances de fallas en el proceso y por ende mayor posibilidad de que aparezca un cáncer. El cáncer de ovario, endometrio, próstata y mama tienden a aparecer en edades tardías.

  Otros cánceres en la esfera digestiva son distintos, tienen factores de riesgo más puntuales y aparecen normalmente en franjas etarias más jóvenes. Pero para poner una edad de inicio en relación al riesgo de padecer cáncer, ronda alrededor de los 50 años en hombres y mujeres. El 30% de los tumores presentes hoy en día en nuestro país se deben al tabaquismo. Un 35% se debe al estilo de vida, especialmente a la alimentación. Un 5% a las radiaciones ultravioletas, y el resto de los cánceres a múltiples factores de riesgo que pueden ser; virus, bacterias, sustancias ambientales. Con lo cual, si vos ves, casi un 70% de los factores de riesgo mencionados son modificables.

- En el plano psicológico, ¿crees que exista alguna relación entre el desarrollo de la enfermedad y situaciones de estrés?

- Científicamente, tengo que contestarte que no, que no hay una vinculación. Y a la vez, te tengo que contestar que sí, porque en la práctica de todos los días lo que se ve mucho es justamente que, personas que tuvieron un impacto emotivo fuerte; fallecimiento, pérdida de trabajo, desengaño amoroso, después si uno ve en el tiempo, está vinculado a la aparición del cáncer.

  Ahora bien, científicamente no está demostrado que eso sea así, y tampoco a todas las personas que viven situaciones así, desarrollan un cáncer

después. Por tanto no se puede decir que haya una vinculación directa. Pero en lo que tiene que ver con lo emocional y sobretodo con el estado de inmunidad, de las defensas del paciente, cuando por alguna razón las mismas bajan, hay posibilidad de que sí hubiera alguna célula oncológica en la vuelta, encuentren un lugar proclive para desarrollarse. Pero, a la hora de decir; estas situaciones emotivas producen un cáncer, tengo que decir que no.

- Teniendo en cuenta la ley N°17.242 ¿considera que contribuyó significativamente a la prevención y diagnóstico temprano?

- Sí, sin dudas. En el año 2006 el Ministerio de Salud Pública realizó una encuesta tratando de ver si del 100% de las mujeres que tenían que hacerse mamografías por la edad y demás, cuántas efectivamente se realizaban dicho estudio una vez al año. El porcentaje fue de 35% nada más. Por tanto había un 65% que no se la hacía. Lo mismo pasó con el PAP, únicamente un 30% se lo realizaba una vez al año. Cuando empiezan las políticas públicas cada vez más fuertes, el porcentaje de mujeres que se realizan mamografías ahora pasó a un 50 - 55%, y un 60% a la población que se realiza el PAP. Entonces yo creo que ahí está claro el impacto que tienen las políticas públicas cuando se hacen bien.

  En relación al tabaco, que se ha trabajado también, cuando empieza la campaña contra el tabaquismo, un 35 o 40% de la población era fumadora, y hoy bajó al 20%. Los jóvenes son quienes han entendido mejor las cosas; antes, era un 33% de los jóvenes de entre 14 y 16 años que comenzaban a fumar, hoy es solamente un 9%. Coincide con que hay una mayor sensibilidad del gobierno por el tema, lo cual hace que sea más fácil llevar las políticas públicas adelante.

- ¿Es necesario desarrollar nuevas políticas públicas relacionadas a la temática?

- Sí, yo creo que sí. A todos nos pasa que cuando a vos te invitan a tomar determinada actitud, es una forma de convencerte, la mayoría de las personas no le dan importancia. Cuando por alguna razón, la cosa se vuelve más coercitiva, una política que te “obliga a” tiene mayor resultado frente a una que únicamente te “invita a”.

  Entonces cuando hay cosas buenas, que las podes justificar y además tenés un aval científico, está bien tomar políticas públicas relacionadas al

tema. El MSP tiene en la página web dos manuales; uno de alimentación y otro de actividad física que son espectaculares, sin embargo nadie los conoce. Porque se hacen pero no se comunican, no se dan a conocer. Yo creo que se puede hacer muchas más políticas relacionadas a la salud.

- Hay determinados beneficios para las personas que están transitando esta enfermedad, pero no se están comunicando. ¿Por qué?

- Tanto la Intendencia de Montevideo, como el BPS tienen planes específicos para pacientes que están en tratamiento por distintos cánceres, y se conoce muy poco. Acá hay un problema de comunicación en cuanto al interés que tienen los medios de comunicación en relación a la salud, y que quieren o no quieren comunicar. Si ven los programas que hay en las radios o televisión son pocos, realmente son muy pocos, y quienes tendrían que hacer los programas de salud son los médicos, más allá del interés de un periodista sobre estos temas, es un médico el que tiene que dedicarse a esto, son muy pocos lo que lo hacen.

  La salud es un tema que a la hora de la comunicación no tiene mucho ranking, y hablar de temas de salud potencialmente graves como lo es el cáncer se le tiene bastante miedo porque causa rechazo en la población, entonces muchas veces no se sabe porque son temas muy pesados, muy difíciles de comunicar para que se entiendan, entonces creo que es por ese lado es que no se conocen mucho las políticas y beneficios que hay por todos lados.

  Acá hay varias cosas también, porque el sistema de salud en Uruguay está organizado para que todos reciban la misma forma de atención, si bien hay lugares donde está mejor armado y en otros no, pero en definitiva todos tienen que brindar la posibilidad de cura.

  Por lo tanto, lo que se puede exigir a un servicio de salud es que de los medios para poder tratarse, aunque no se puedan asegurar los resultados, ya que hay enfermedades que se pueden tratar y otras que no, con el cáncer a veces pasa eso, mayormente en Uruguay el 53% de la población que tiene se cura en contra del 47% que no de todos los cánceres con variables. En el caso del cáncer de mama y próstata se curan cerca del 70%, sólo un 30% no, pero más allá de esto el sistema de salud tiene que dar los medios para poder tener oportunidad de curarse y en eso a nivel legal todos te tiene que brindar lo mismo. En Uruguay, lo que está bueno es que es un sistema equitativo y universal, equitativo porque es igual para

todos, y universal porque tiene que ser para todos y no sólo para algunos.

Esto marca que en algunos aspectos se asegura el nivel básico de atención suficiente para todos pero siempre va a quedar un poco corta la parte de la especificación de algunas cosas. En Uruguay para el cáncer, todos los tratamientos quirúrgicos se pueden y se deben hacer acá, radioterapia se puede y se debe hacer todo acá y está financiado por todo el sistema, quimioterapia y drogas está casi todo financiado menos algunos de los medicamentos de alto costo, que esos algunos los paga el Fondo Nacional de Recursos, que son los que está demostrado que tiene impacto sobre el nivel de vida. Y hay otros medicamentos que no están financiados porque todavía no está tan claro que dándolos las personas tienen mayor nivel de vida.

Como gran tema, el sistema tiene todo para dar un tratamiento adecuado para cualquier cáncer. Lo que falta es conocer que esto es así y tener vías claras de decir cuando pasa que hacer, porque un diagnóstico de cáncer por más que te pongas en la mejor de la voluntad el miedo de la muerte está cerca, y tener que lidiar con esa situación.

Entonces lo que todavía no esta es una buena comunicación de parte del Sistema de Salud y de sus integrantes de decir; “en todas las situaciones de cáncer vas a tener las chances de tratarlo, diagnosticarlo”, esa es la parte que falta. Creo que más que un tema del sistema, es un tema de cómo el sistema comunica todo lo que tiene para ofrecerle a un paciente que se le diagnostica cáncer cuando aún no se lo habían diagnosticado, porque hay que saber de antes todo lo que la persona puede tener para que sepa que tiene todo el respaldo que necesita.

- ¿Entonces existe un protocolo de emergencia a nivel nacional, que lo tienen tanto organismos públicos como privados?

- Si, existe la exigencia de los que se llama el Plan Integral de Atención en Salud (PIAS), que es la descripción de todo a lo que están obligadas las instituciones a brindar en relación a todas las patologías incluido el cáncer. Ahí hay una larga lista de estudios, procedimientos y medicamentos, todo lo que se debe dar.

  Pero a su vez, cada una de las especialidades médicas tienen sus protocolos de cómo estudiar cada una de las enfermedades. En oncología a nivel de todo el país nos guiamos por lo que saca la Cátedra de Oncología de la Universidad de la República, quienes sacan los protocolos de

diagnóstico y tratamiento, cómo se estudia y cómo se trata cada cáncer, entonces está todo protocolizado.

- ¿En cuanto al costo es universal? ¿Puede ser que en determinadas mutualistas se varíe el precio de los tratamientos?

- Para esto hay que separar dos cosas, en el sector público es decir en los hospitales a los pacientes no les cuesta absolutamente nada ni estudios ni medicamentos y es una de las ventajas del sector público. Mientras que en el sector mutual no está regulado, por lo que cada mutualista puede poner el precio del ticket que vea necesario, menos en lo que tiene que ver con las drogas oncológicas, los tratamientos de radioterapia que están dentro del PIAS que son a costo cero. Entonces, medicamentos, mamografías, radioterapia y papanicolau tiene que ser costo cero en todos lados para los pacientes. Y se está trabajando para llegar a algo más universal, pero como nuestro sistema es per cápita hay un fondo de salud al cual el estado y las empresas le brindan dinero para la salud, para que la población pueda acceder a una atención. Ese dinero se distribuye entre todos los centros de salud de acuerdo al perfil de la institución y de la población a la que atiende, para destinar “x” dinero por mes para que cubra a las personas por ejemplo a una población femenina entre 15 y 25 años.

  Y así se hizo un estudio por franjas etarias donde según la franja se le destina una cantidad de dinero a la mutualista para que cubra a esa parte de la población. Pero no a todas les pasa lo mismo porque varían sus integrantes, por eso cada una tiene que dar cuenta de su población que tiene para que se le dé de acuerdo a las capitas. Eso se supone que tiene que alcanzar para cubrir los servicios, aunque no pasa en todos los casos y lo vemos cuando en algunas el ticket efectivamente es costo cero y en otras no, pero no puede pasar de irse al extremo. En este caso del ticket una situación intermedia, regulada por el Ministerio de Salud sería lo mejor.

- Entonces, ¿es el Ministerio de Salud el que controla esto?

- Sí, debería ser el Ministerio de Salud Pública con algún consejo del Ministerio de Economía pero creo que está bastante regulado, aunque no lo está en el tema de los copagos y es muy difícil de regular, no es tan sencillo ya que con el FONASA el estado regula lo que da, entonces si lo que recoge para salud no alcanza por todo lo que hay que cubrir de todas formas habría que encontrar recursos para cubrirlo. Entonces se trata de buscar una forma equitativa.